



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Avdeling folkehelsefag  
**4BACH**

Vera Stenmyren Nordby og Carina Linding Jensen  
Veileder: Marit Berg

**Røde dansesko**

**Red dancing shoes**

Antall ord: 13628

Bacheloroppgave i sykepleie  
BASYK 2011

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

☒ JA

☐ NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

☒ JA

☐ NEI

*Mani*

*Det er akkurat som å være tvunget  
til å ta på seg noen røde dansesko det er umulig å ta av.  
Så lenge de er på, bare må du danse enten du vil eller ikke,  
og i lengden blir man selvsagt helt utkjørt,  
men likevel er man ikke i stand til å stoppe dansingen!  
(ukjent)*

## Sammendrag

Årlig rammes 1-2 % av den Norske befolkningen av bipolar lidelse, ca. 50 % av disse har dårlig compliance. Medikamentell behandling er viktig for å forbygge maniske episoder. I dag legges det stor vekt på brukermedvirkning, helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Målet med oppgaven er å få mer kunnskap om hvordan vi i fremtiden kan hjelpe pasienter med å fremme helse og forebygge lidelse, ved å øke deres compliance i forhold til medikamentell behandling. Med dette som mål kom vi frem til problemstillingen: Kan vi som sykepleiere ved hjelp av Travelbee's sykepleierteorier og vår pedagogiske funksjon øke compliancen hos pasienter med bipolar lidelse?

Oppgaven er basert på et litteraturstudie, bygget opp av fag- og forskningslitteratur og egne erfaringer.

I teoridelen presenterer vi sykepleier teoretiker Joyce Travelbee, samt annen teori vi mener er aktuell for å besvarer vår problemstilling. Vi har også skrevet om lovverk og retningslinjer som får frem våre plikter og pasientens rettigheter.

For å komme frem til en konklusjon har vi drøftet rundt det å være profesjonell, samt lover og regler. Vi har drøftet hvordan vi kan danne et menneske-til-menneske-forhold med pasienten, for å starte sykepleieintervensjonene. Sykepleieintervensjonene vi tar for oss i siste del av drøftingen omhandler blant annet veiledning og undervisning.

Vi konkluderer med at Travelbee's teori og vår pedagogiske funksjon kan hjelpe oss på god vei med å øke pasienters compliance, men at dette alene ikke er nok. Vi mener blant annet at det krever ferdigheter om kommunikasjon, hvordan fremme empowerment og øke pasientens sense of coherence.

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
1. Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.2 Begrunnelse for valg av tema .....	7
1.3 Problemstilling.....	8
1.4 Avgrensing.....	8
1.5 Case .....	9
1.6 Anonymisering .....	10
1.7 Begrepsavklaring .....	10
1.7.1 Pasient .....	10
1.7.2 Psykiske lidelser .....	11
1.7.3 Bipolar lidelse .....	11
1.7.4 Mani .....	11
1.7.5 Compliance.....	11
1.7.6 Sykepleierens pedagogiske funksjon .....	11
1.8 Oppgavens oppbygging .....	11
2. Metode.....	13
2.1 Beskrivelse av metode .....	13
2.2 Presentasjon av forskning og kildekritikk .....	13
2.2.1 Litteratur.....	16
2.3 Søkeprosess .....	16
3. Teori .....	17
3.1 Bipolar lidelse.....	17
3.2 Joyce Travelbee .....	18
3.3 Sykepleierens pedagogiske funksjon.....	21
3.3.1 Pedagogikk som prosess.....	21

3.4 Kommunikasjon.....	23
3.4.1 Kommunikasjon med pasienter i en manisk fase .....	24
3.5 Sense Of Coherence (SOC) .....	24
3.6 Empowerment.....	26
3.7 Motivasjon .....	27
4. Lover og retningslinjer .....	28
4.1 Pasient- og brukerrettighetsloven .....	28
4.2 Helsepersonelloven.....	28
4.3 Helse- og omsorgstjenesteloven .....	28
4.4 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere .....	29
4.5 Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolar lidningar.....	29
5. Drøfting .....	30
5.1 Profesjonell sykepleie.....	30
5.2 Menneske-til-menneske-forhold.....	32
5.3 Sykepleieintervensjoner.....	35
6. Konklusjon .....	43
Litteraturliste .....	46
Vedlegg 1 PICO skjema.....	1
Vedlegg 2 Søkelogg .....	1

## 1. Innledning

Psykiatriens historie går omtrent 200 år tilbake i tid og kan hjelpe oss til bedre kunnskap og kvalitetssikring i dagens psykiatri. Kunnskap om de terapeutiske tilnærmingene gjennom tidene, kan forhindre at de samme feilene blir gjort igjen. Ved et tilbakeblikk på historien er det blant annet lagt vekt på pasient behandling etter årrekker med tvang og eksperimentelle risikofylte behandlingsformer (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). Til tross for den store utviklingen man ser innenfor psykiatrien, både i forhold til behandling, holdninger og som fag, viser en litteraturgjennomgang at pasientenes opplevelse av møte med det psykiske hjelpeapparatet, nesten ikke har forandret seg de siste 100 årene (Olsen, 2012).

I dag legges det stor vekt på brukerperspektivet i den terapeutiske tilnærmingen (Skårderud m. flere), helsefremmende- og sykdomsforebyggendearbeid står også sentralt. I oppgaven vår ønsker vi og finne ut om vi kan fremme helse og forbygge sykdom, ved hjelp av Travelbee's sykepleierteorier og sykepleierens pedagogiske funksjon.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hvert eneste år vil ca. hver tredje voksne menneske i Norge utvikle en psykisk lidelse (Folkehelseinstituttet, 2013). Det er en stor pasientgruppe og ses på som en av folkesykdommene (Mæland, 2012). Bipolar lidelse rammer årlig 1- 2 % av befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2013). På verdens basis er bipolar lidelse den 6. største grunnen til uførhet i alderen 15-44 år (Bates, Whitehead, Bolge, & Kim, 2009). I Norge anslås det at trygde- sosial- og behandlingsutgifter til psykiske lidelser hvert år koster samfunnet 70 mrd. kroner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Forskning viser at nesten halvparten av alle pasienter med bipolar lidelse har dårlig compliance i forhold til medikamentell behandling (Bates et al., 2009). Sykepleieren har et ansvar for å fremme helse og lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund, 2011). Det er avgjørende for god compliance at sykepleieren gir pasienten god nok informasjon om sykdom og aktuelle legemidler (Nordeng, 2010). Det er også sykepleierens ansvar å tilpasse informasjonen etter pasientens behov (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I yrkesetiske retningslinjer er det også vektlagt at vi har et ansvar for å forsikre oss om at pasienten forstår informasjonen han har fått (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Det å få en bipolar lidelse kan gi store konsekvenser både for personen selv og i et samfunnsøkonomisk perspektiv (Doyle & Keogh, 2008). Under maniske perioder kan pasienten ha en ukritisk adferd, det kan være vanskelig for andre å forstå, dette kan føre til at pasienten skjemmes over sine handlinger, og velger å isolere seg (Hummelvoll, 2012). Å leve med en kronisk lidelse kan blant annet føre til redusert mulighet for utdanning, lavere inntekt og mindre sosialt nettverk. Dette er alle faktorer som blir sett på å kunne påvirke helse i en negativ retning (Sund & Eikemo, 2011). Folkehelseloven (2011) viser til at en viktig del av folkehelsearbeidet er å utligne sosioøkonomiske og sosiale forskjeller i helse, og som alle ansatte i helsevesenet har ansvar for.

## 1.2 Begrunnelse for valg av tema

Da vi skulle velge tema til oppgaven vår, ønsket vi å finne et spennende og samtidig utfordrende område. Vi er begge opptatt av å møte pasienter med empati og har stort fokus på brukermedvirkning. Med disse hovedpunktene i bakgrunnen, fant vi ut at den pasientgruppen vi mener oftest blir møtt av helsepersonell med fordommer og lite respekt, er mennesker med psykiske lidelser. Vi mener også at det dessverre fortsatt er normer og verdier i samfunnet som gjør somatiske lidelser mer akseptable og forståelig for folk flest. Dette kan medføre mye skam og nedverdiggelse for personer med psykiske lidelser.

I løpet av sykepleierstudiet har vi gjennom teori og praksis erfart at pasienter med psykiske lidelser er en stor pasientgruppe som vi kan møte i nesten alle deler av helsevesenet. Vi erfarte også at mange pasienter med psykiske lidelser bor hjemme, og har bruk for oppfølging fra den kommunale helsetjenesten, og har derfor valgt å fokusere på det.

Deler av casen som vi presenterer i oppgaven vår kommer fra en pasientsituasjon vi har opplevd i praksis. Pasienten vi møtte ønsket ikke å ta sine stemningsstabiliserende medikamenter, da han mente de forhindret han i å være aktiv og glad. Han følte hans ønsker ikke ble respektert, og følte seg frustrert og ikke forstått. Vi på den andre siden følte oss litt maktesløse og visste ikke helt hvordan vi skulle hjelpe pasienten på best mulig måte. Vi har derfor et stort ønske om få mer kunnskap om hvordan vi kan øke pasienters compliance i forhold til medikamentell behandling.

Vi mener også at vår problemstilling, med individuell tilpasning, kan overføres til mange andre pasientsituasjoner.

### 1.3 Problemstilling

Kan vi som sykepleiere ved hjelp av Travelbee's sykepleierteorier og vår pedagogiske funksjon øke compliancen hos pasienter med bipolar lidelse?

### 1.4 Avgrensing

På grunn av våre erfaringer, fagkunnskap og oppgavens omfang har vi valgt å gjøre noen avgrensninger som ellers kunne vært relevant å ha med i forhold til tema og problemstilling.

Vi vet at det finnes flere typer bipolar lidelse, men har valgt å fokusere på bipolar lidelse I. Dette fordi det er den typen av bipolare lidelser hvor de maniske episodene kan gi størst konsekvenser for pasienten (Hummelvoll, 2012). Selv om depresjon er en stor del av lidelsen, har vi valgt å fokusere på mani, da vi har erfart at det er disse episodene som gir størst utfordring i forhold til medikamentell behandling. Selv om vi vet at pasienter med bipolar lidelse har stor selvmordsrisiko (Haver, 2012), vil vi ikke komme mer inn på dette i vår oppgave.

Vi kommer ikke til å gå nærmere inn på virkning og bivirkning av aktuelle medikamenter, ei heller det at mange pasienter har dårlig compliance på grunn av bivirkninger av medikamentene.

Pårørende til mennesker med psykiske lidelser rammes ofte like mye av lidelsen som pasienten selv, og spesielt under maniske episoder kan belastningen nesten være større for de pårørende enn pasienten (Hummelvoll). Som sykepleiere har vi også en lovpålagt plikt, og et yrkesetisk ansvar for å ivareta og gi informasjon til de pårørende, hvis pasienter samtykker til det. Til tross for disse faktorene har vi valgt å holde fokus på det Travelbee kaller menneske-til-menneske-forholdet og kun fokusere på pasienten.

Som sykepleiere har vi mange forskjellige oppgaver og arbeidsområder. Vi har valgt å legge hovedvekten på sykepleierens pedagogiske funksjon i forhold til veiledning og undervisning, fordi vi mener det er en meget viktig funksjon, og et verktøy sykepleieren bruker i nesten alle



møter med pasienter. I veiledning og undervisning er det mange metoder, for eksempel forelesning, demonstrasjon og fortelling (Tveiten, Pedagogikk i sykepleiepraksis, 2009), men vi har valgt kun å ha fokus på dialog.

I forhold til kommunikasjon har vi valgt kun å skrive om de områdene som vi mener er viktigst i forhold til vår problemstilling, og som har betydning for dannelse av en god relasjon til pasienten. Vi velger også kun å dra frem lover og retningslinjer som vi mener er relevante for å belyse og drøfte vår problemstilling. For eksempel vil vi ikke komme nærmere inn på kapittel 4 A i pasient- og brukerrettighetsloven (1999), da vi ikke skal ha fokus på vurdering av samtykkekompetanse. Vi kommer heller inn på psykisk helsevernlov (1999), da pasienten bor hjemme.

I forhold til oppfølging av pasienter med bipolar lidelse, vil tverrfaglig samarbeid ofte være en nødvendighet, og i vår pasientsituasjon ville blant andre legen vært en meget aktuell samarbeidspartner. Pasienten vil etter helse- og omsorgstjenesteloven (2011) som regel også har rett til utarbeidelse av en individuell plan, i forhold til sammensatte- og langvarige behov. Vi vet at dette er viktig i forhold til en helhetlig tilnærming til pasienten, men har allikevel valgt ikke å vektlegge dette noe mer i oppgaven, fordi vårt fokus er på vår rolle som sykepleiere og menneske-til-menneske-forholdet.

Vi vil heller ikke komme nærmere inn på etikk og etiske prinsipper, selv om vi vet at dette er viktig i samhandling med alle pasienter, og kanskje spesielt pasienter med psykiske lidelser.

## 1.5 Case

Arne er en enslig mann i 30 åra, han har ingen barn. Han har diagnosen bipolar lidelse I, noe han har hatt siden ungdomsårene. Arne er uføretrygdet, og har kun gjennomført grunnskolen. Han har hatt flere maniske episoder, med blant annet stor oppstemthet, hvor han har vært fylt av energi og en følelse av og kunne mestre og å ha kontroll over alt. Han har også hatt en ukritisk oppførsel hvor han blant annet har flyttet ut i bilen sin, og møtt besøkende på gårdsplassen uten klær på. Han har også et stort pengeforbruk i de maniske periodene, noe han alltid angrer på i ettertid, da dette økte pengeforbruket har ført til større lånesummer. Han har flere ganger vært innlagt i spesialisthelsetjenesten for behandling av sine maniske episoder.

Vi møter Arne som sykepleiere i psykisk helsetjeneste i kommunen, hvor vi har ansvar for oppfølging av hans medikamentelle behandling, samt å observere tegn på forverring.

Arne forteller oss at under de maniske episoder føler han at han er glad og blid, at han kan klare alt, har masse energi og får startet mange forskjellige prosjekter. Når Arne forteller oss om sine erfaringer, får vi et inntrykk av at han har lite kunnskap og forståelse om sin lidelse og den medikamentelle behandlingen. Nå er han lei av at han aldri får gjort ferdig prosjektene sine, føler seg sliten og «flat i humøret», og har derfor på egenhånd valgt å avslutte sin medikamentelle behandling med litium som han har stått på over flere år. Da vi kommer hjem til Arne observerer vi at Arne har flere symptomer på en manisk fase, han er oppstemt, virker glad og blid, han har hatt mange store innkjøp og har mange nyoppstartede prosjekter.

## 1.6 Anonymisering

Som alt annet helsepersonell er vi som sykepleiere underlagt helsepersonelloven (1999). I denne loven står det blant annet om vår lovpålagte plikt til å hindre at de pasientrelaterte opplysningene vi får kjennskap til i kraft av vårt yrke, blir gjort kjent for andre. Det finnes også andre lover som skal sikre personvernet, for eksempel personopplysningsloven (2000) som skal hjelpe til å sikre personvernet, og hindre at det blir krenket.

For å sikre personvernet kan man benytte aidentifisering og anonymisering av opplysninger. Aidentifisering kan for eksempel gjøres ved bruk av fiktivt navn og alder. For å anonymisere opplysninger kan man fjerne eller forandre opplysninger som er særegne eller som kan knyttes direkte til personen (Dalland, 2012). For å ivareta personvernet til pasienten vi presenterer i casen vår, har vi forandret personens navn og alder, vi har også unnlatt spesifikke opplysninger som kan identifisere personen, samt tilføyet opplysninger og fenomener som er fiktive og oppdiktet av oss.

## 1.7 Begrepsavklaring

Her vil vi definere noen ord og begreper som vi har brukt i oppgaven.

### 1.7.1 Pasient

Vi velger å benytte oss av begrepet pasient i denne oppgaven da vi mener det er den beste benevnelsen for de som trenger hjelp fra helsevesenet. Pasient- og brukerrettighetsloven

(1999) definerer pasient som «en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle».

### **1.7.2 Psykiske lidelser**

Psykiske lidelser er lidelser hvor tanker, atferd, væremåte, følelser og det sosiale livet blir påvirket. Psykiske lidelser brukes om tilstander som oppfyller de diagnostiske kravene som er satt i forhold til den aktuelle lidelsen (Folkehelseinstituttet, 2014).

### **1.7.3 Bipolar lidelse**

Bipolar lidelse er en psykisk lidelse som kjennetegnes av episoder med utpreget forandret stemningsleie (Helsedirektoratet, 2012). Den veksler mellom maniske perioder hvor pasienten føler stor oppstemthet, og depressive perioder med dyp nedstemthet (Wyller, 2009).

### **1.7.4 Mani**

Mani er unormal hevet stemningsleie, som kan føre til nedsatt funksjonsevne (Helsedirektoratet, 2012).

### **1.7.5 Compliance**

Compliance eller etterlevelse forteller om pasientens evne til og ta sine medikamenter som foreskrevet av legen (Nordeng, 2010).

### **1.7.6 Sykepleierens pedagogiske funksjon**

Sykepleierens pedagogiske funksjon kan ses på som alle vurderinger og handlinger sykepleieren gjør for å legge til rette for oppdagelse, læring, utvikling og mestring hos pasienter, pårørende, studenter og kolleger (Tveiten, 2009).

## **1.8 Oppgavens oppbygging**

Vi har valgt å dele oppgaven inn i 6 kapitler.

Første kapittel er innledning. I andre kapittel kommer det frem hvilken metode vi har brukt, vi beskriver også søkeprosessen vi har vært igjennom for å finne fag- og forskningsartikler, samt kildekritikken vi har lagt til grunn for utvelgelsen av disse.

Tredje kapittel inneholder teori som vi mener er aktuell for vår problemstilling, samt presentasjon av sykepleieteoretikeren vi har valgt. Dette kapittelet er basert på pensumlitteratur, selvvalglitteratur og fag- og forskningsartikler.

Vi har valgt å ha et eget kapittel i forhold til lover og retningslinjer som er aktuelle for sykepleiere, og som er med på å belyse sykepleierens ansvar i forhold til vår problemstilling.

I femte kapittel vil vi drøfte teori, forskning og egne erfaringer opp mot problemstillingen. I sjette og siste kapittel kommer vi med en konklusjon som svare på vår problemstilling.

## 2. Metode

I dette kapitlet forklarer vi hvordan vi har gått frem for å løse denne oppgaven. Ifølge Dalland (2012) er metode et redskap for hvordan man arbeider for å svare på en problemstilling. Metoden skal hjelpe oss med å tilegne oss informasjon og kunnskap som er relevant for oppgaven vår.

### 2.1 Beskrivelse av metode

Denne oppgaven vil ha litteraturstudie som metode, det vil si at den baserer seg på skriftlige kilder som allerede er publisert. Det er utvalget av kilder som utgjør forskjellen. Kildekritikk er et redskap som kan brukes til kritisk vurdering av litteraturen (Dalland, 2012).

Oppgaven vil basere seg på pensumlitteratur fra sykepleierutdanningen. Den følger også retningslinjene for bachelor i sykepleie fra Høgskolen i Hedmark. I tillegg vil den baseres på praksiserfaringer og fag- og forskningsartikler.

Vi har valgt forskning som både har brukt kvantitative og kvalitative metode. Kvantitativ forskning er målbare enheter, mens kvalitativ forskning fokuserer på å gå mer i dybden med fokus på å fange opp mening og opplevelse, uten tallfesting. Disse to metodene skal hjelpe oss å få en bedre forståelse for temaet vi skriver om (Dalland, 2012).

Det finnes både fordeler og ulemper ved begge metodene, man kan si at fordelene ved den kvantitative metoden er at man kan inkludere mange og kan gi informasjon om hva som er typisk for større grupper. Positive sider ved den kvalitative metoden kan være at den kan tilpasses den enkelte personen, altså at den er mer fleksibel (Johannesen, Tufte, & Christoffersen, 2011).

### 2.2 Presentasjon av forskning og kildekritikk

Ikke alt av kilder som presenteres er like holdbare, vi ser derfor viktigheten av å være kildekritiske i innhenting av kunnskap (Dalland, 2012). Vi har derfor vurdert kvalitet og relevans i forhold til litteraturen som er innhentet til denne oppgaven (Dalland, 2012). I vår oppgave har vi valgt å benytte oss av anerkjente databaser, hvor de publiserte artiklene er

fagfellelevert. Databasene er også anbefalt av biblioteket ved høgskolen i Hedmark, noe som gjør disse ekstra valide.

I hovedsak har vi sett etter artikler som er av nyere dato og som er satt opp etter IMRaD prinsippet (introduksjon, metode, resultater og (and) diskusjon). Fordi det er den mest brukte oppstillingen for en forskningsartikkel, og lettere kan gi oss som lesere en oversikt (Dalland, 2012). Vi har gjennom søkeprosessen erfart at det finnes lite forskning som svarer direkte på vår problemstilling, men har funnet artikler som er relevante for å besvare den. Begrunnelsen kommer frem i presentasjonen av forskningen.

Noen av forskningsartiklene inneholder sekundærlitteratur, noe som kan ha ført til at teksten både er oversatt og fortolket før vi har lest den. Konsekvensen kan være at perspektivet kan ha endret seg (Dalland, 2012).

Forskning gjort av Bates, Whitehead, Bolge, & Kim (2009) er en web-basert tverrsnittsundersøkelse fra 2008 hvor 1052 personer deltok. Målet var å identifisere og beskrive pasienter med bipolar lidelse sin etterlevelse i forhold til medikamentell behandling. Svakheter ved denne studien kan være at respondentene besto av flest kvinner. Spørreundersøkelsen har også foregått via internett, og dataene er derfor ikke kontrollert. Vi har allikevel valgt å bruke denne fordi den er relevant i forhold til vår problemstilling da den tar for seg compliance i forhold til medikamentell behandling, og er basert på polikliniske pasienter som ikke er innlagt i institusjon.

Forskning gjort av Kupkad, Beentjesb, Goossensa, & Achterbergc (2010) er en kvantitativ studie fra 2010 med 112 respondenter. Alle pasienter med bipolar lidelse som var i en rolig fase av sykdommen. Studien foregikk i Nederland på fem psykiatriske poliklinikker, og er en del av en større studie. Studien ønsket å kartlegge hvilke symptomer pasienter med bipolar lidelse opplevde først under utvikling av maniske eller depressive perioder. Samt hvilken sammenheng det var mellom pasientens evne til å oppdage disse symptomene og kliniske tegn. Selv om studien foregikk i Nederland anser vi den som relevant i Norge fordi vi mener at symptomer på maniske faser kan være vel så like her som der.

Forskning gjort av Rosaa, et al. (2007) er en kvantitativ forskningsartikkel publisert i januar 2007 med 106 respondenter i alderen 18-75 år, alle diagnostisert med bipolar I eller II.

Studien foregikk i Brasil, på to psykiatriske poliklinikker som var spesialister på stemningslidelser. Spørreskjemaer og blodprøver for måling av litiumverdi i blodet ble benyttet. Selv om denne forskningen er blitt gjort i Brasil, ser vi at konklusjonen av denne forskningen har overføringsverdi til pasienter med bipolar lidelse i Norge. Dette fordi den påpeker viktighet av kunnskap og motivasjon i forhold til litium behandling. Denne behandlingen blir også brukt i Norge, og kunnskaper om sin lidelse er like viktig i alle land.

Forskning gjort av Straussa & Johnsonc (2006) er en kvantitativ studie som foregikk i Sør-Florida, og ble utgitt desember 2007. 58 respondenter deltok, alle diagnostisert med bipolar lidelse, med en gjennomsnittsalder på 44 år. Studien undersøkte effekten av en sterk behandlingsallianse, og hvordan denne hadde innvirkning på pasientens humør, symptomer og holdninger til behandlingen. Antall respondenter kan være et svakt punkt for denne studien. Forskningen er relevant for oss fordi den sier noe om viktigheten av allianse mellom sykepleier og pasient, og i forhold til holdning til behandling, noe som kan forbedre compliance hos pasienter med bipolar lidelse.

Forskning gjort av Crowe, Wilson, & Inder (2011) er en gjennomgang av litteratur utgitt mellom 1999 og 2010, publisert i 2011. Litteratur er hentet fra databaser som Medline, CINAHL, Embase og PsycINFO. Gjennomgangen er basert på et begrenset antall studier som undersøker pasienters egne oppfatninger av hvilke faktorer som påvirker compliancen hos disse pasientene med bipolar lidelse. Denne artikkelen viser til at god allianse kan føre til økt compliance hos pasienter med bipolar lidelse. Den viser også at alliansen kan være viktig for å redusere tilbakefall samt minimere negative konsekvenser for den enkeltes liv, og for økt trivsel. Studien bygger på relativt få antall artikler og må sies å være det svake punktet ved denne studien. Vi velger allikevel å benytte oss av den, da vi mener det er meget relevant for vår oppgave å få frem pasientens perspektiv.

Forskning gjort av Billsborough, et al. (2014) er en kvalitativ studie publisert i 2014 hvor 16 personer med bipolar lidelse og 11 pårørende deltok. Dette er relativt få respondenter, men siden intervjuene får frem subjektive meninger fra respondentene valgte vi allikevel å bruke den. Vi mener også den er aktuell fordi forskningen tar sikte på å undersøke behovet for støtte i perioder med mani og depresjon. Den konkluderer med at støttebehovene er forskjellige, men at aktiv lytting, engasjement, tilrettelegging, empowerment og hensiktsmessige tiltak er viktige elementer for effektiv støtte.

### 2.2.1 Litteratur

Vi har brukt pensumlitteratur som det største grunnlaget i vår oppgave. I tillegg har vi også brukt selvvalgt litteratur, denne er merket med \* i litteraturlisten. Den selvvalgte litteraturen består av fagbøker, fag- og forskningsartikler.

Vi har valgt fagbøker som er skrevet av anerkjente forfattere, og gitt ut av kjente valide forlag. Andre kriterier som vi har lagt til grunn for utvelgelsen er at emnet skulle være relevant for vårt tema, samt at utgaven skulle være av nyere dato. Ofte har vi også valgt bøker som har vært referert til igjennom våre pensumbøker.

Fagartiklene som vi har brukt har vi også vurdert kritisk blant annet i forhold til hvem som har skrevet dem og hvor dem er utgitt. Vi har også vurdert relevans for vår oppgave og tema.

### 2.3 Søkeprosess

Da vi skulle søke etter forskning startet vi med å søke i SveMed+ for å finne MesH termer. Vi søkte deretter videre i Oria, Helsebiblioteket, Sykepleien.no, Forskning.no, McMaster, Ebscohost, sciencedirekt og Cinahl. Vi har brukt MesH termer og andre søkeord fra PICO skjemaet. Ordene har både vært norske og engelske i forskjellige søkekombinasjoner. PICO skjema og søkehistorikk er vedlagt som egne skjemaer, se vedlegg 1 og 2.



### 3. Teori

I teoridelen presenterer vi sentrale elementer vi mener er relevante for å kunne drøfte og eventuelt besvare vår problemstilling. Vi har valgt å vektlegge sykepleieteoretiker Joyce Travelbee da hun hadde sin forankring i psykiatrien i tillegg til at hun var opptatt av menneske-til-menneske-forholdet, noe vi ser på som essensielt i samhandling med mennesker som lever med en psykisk lidelse.

#### 3.1 Bipolar lidelse

Bipolar lidelse er en stemningslidelse. Stemningslidelser er en fellesbetegnelse på lidelser hvor pasienten opplever sykelig forandret stemningsleie (Skårderud et al, 2010). Bipolar lidelse kjennetegnes av perioder med vekslende sinnsstemning (Håkonsen, 2011). Den veksler mellom maniske perioder hvor pasienten føler stor oppstemthet, og depressive perioder med dyp nedstemthet (Wyller, 2009). Ubehandlet kan de maniske- og depressive episodene ha en varighet på 4-6 måneder. Alvorlige maniske episoder kan uten behandling føre til kollaps (Hummelvoll, 2012). Lidelsen debuterer ofte i barn- eller ungdomsalder (Eknes, 2006), og har en høy grad av arvelighet (Andreassen, 2012).

Pasienter kan ha et kjærlighets-/hat forhold til sin bipolare lidelse, hvor de setter pris på de maniske fasene i forhold til den økte tankevirksomheten og økte energien, men hater andre sider ved manien som for eksempel de økonomiske problemene og den til tider ukritiske oppførselen som ofte følger med (Eknes, 2006).

Maniske episoder kan ofte utvikle seg over tid, slik at man kan ha mulighet til å bremse/stoppe utviklingen før det blir til alvorlig mani. For å kunne bremse utviklingen er det viktig å kunne gjenkjenne tidlige symptomer (Eknes, 2006). Forskning viser at de første tegn på en begynnende manisk episode er endring i energinivå, søvn og sosialfunksjon (Kupkad, Beentjesb, Goossensa, & Achterbergc, 2010).

Symptom på bipolar lidelse er økt irritabilitet, ustabile uforutsigbare følelser, med ubegrunnet stor oppstemthet. Forandringer i tankevirksomheten, tankene raser av sted og nye ideer og tanker kommer som perler på en snor, dette kan være synlig for andre i form av økt talestrøm og intensitet. Persepsjonen kan også oppfattes som økt, farger blir klarere, lyder høyere og det kan føles som om tankene også klarer opp. Jo sterkere grad av mani, jo mer ukonsentrert blir

pasienten. Små ting som for eksempel lyder, endringer i ansiktsuttrykk eller andre hendelser kan føre til at pasienten mister fokus og konsentrasjonen (Eknes, 2006).

Søvnforstyrrelser er også meget vanlig, og noe nesten alle pasienter med bipolar lidelse opplever. Under maniske faser vil søvnbehovet ofte være kraftig redusert. De maniske fasene vil også ofte være preget av grenseløs og ukritisk adferd, og pasienten kan gjøre mange ting som han ellers aldri ville ha gjort. Dette kan både være i forhold til seksuell adferd, kjøpevaner og stort pengeforbruk. Den økte energien kan oppleves som en gave, hvor man føler mye blir gjort. Ofte blir mange prosjekter ikke ferdig fordi man er meget ukonsentrert, og lett blir distraheret. Manien kan også utløse storhetstanker om en selv og ens evner, og noen opplever problemer med å skille mellom virkelighet og fantasi. Noen ganger kan manien utvikle seg til psykose, med psykotiske vrangforestillinger, disse vrangforestillingene kan ofte handle om egen storhet og fortreffelighet, eller hallusinasjoner (Hummelvoll, 2012).

Pasienter med bipolar lidelse opplever ofte ikke sin egen maniske adferd som påfallende, det er også vanlig at pasienten benekter at noe er galt, denne benektelsen kan oppstå allerede tidlig i forløpet (Eknes, 2006).

Medikamenter er en viktig del av behandlingen ved bipolar lidelse. Forskning viser at litium er den viktigste profylaktiske behandlingen ved bipolar lidelse, og kan redusere maniske symptomer, og hindre tilbakefall hos 73 % av pasientene. Behandlingen tar sikte på å redusere antall nye episoder av mani, og forkorte lengden av oppståtte episoder (Rosaa, et al., 2007). Kliniske erfaringer viser også at alvorligheten av de oppståtte episodene kan reduseres (Helsedirektoratet, 2012). Allikevel har nesten halvparten av alle pasienter med bipolar lidelse, dårlig compliance i forhold til medikamentell behandling (Bates et al., 2009). Liten sykdomsinnsikt og lite kunnskap om medikamenter samt at pasienten ønsker «gevinst» av lidelsen kan alle være årsaker til dårlig compliance (Doyle & Keogh, 2008).

### 3.2 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee er en kjent sykepleieteoretiker født og oppvokst i USA, hun hadde sin forankring i psykiatrien. Boken «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» fokuserer på mennesket som et unikt individ (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999) definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess hvor hensikten er å hjelpe den hjelpetrengende i å mestre situasjonen han befinner seg i, samt finne en mening. Hun mener at sykepleie er en mellommenneskelig prosess fordi den alltid dreier seg om mennesker. For å kunne hjelpe den syke er denne prosessen fundamental. Det handler om at opplevelser og erfaringer deles av den som er syk og sykepleieren.

Et menneske-til-menneske-forhold kjennetegnes ved at sykepleieren og den syke ser på hverandre som unike menneskelige individer. Hvis et individ blir oppfattet som en sykdom fremfor menneske med en sykdom, kan det skje en menneskelig reduksjonsprosess, det vil si å overse pasienten som menneske. Menneske er et unikt og uerstattelig individ, de er like, men samtidig veldig forskjellige (Travelbee, 1999). Travelbee (1999) mener at det er vesentlig at sykepleieren setter seg inn i hvordan pasienten oppfatter sin sykdom, og at kun på denne måten kan sykepleieren hjelpe den syke.

Profesjonell sykepleie dreier seg om å forebygge, mestre og finne mening i sykdom og lidelse. Det å være profesjonell handler om at sykepleieren får kunnskap om pasientens problem, og klarer og danne et forhold til pasienten. Dersom sykepleieren klarer dette skaper det grunnlag for forandring, bedring eller lindring hos den hjelpetrengende. Det er viktig i en slik prosess at sykepleieren har selvinnsikt, innsikt i hva som fører til motivasjon og evne til å tolke egen og andres adferd. Med andre ord, dyp innsikt i det å være menneske (Travelbee, 1999).

Menneske-til-menneske-forholdet opparbeides dag for dag i samhandling mellom den syke og sykepleieren. Hvis sykepleieren går bevisst inn for å lære pasienten og kjenne, kan hvert møte være et skritt på veien til og skape dette menneske-til-menneske-forholdet (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999) skisserer fire sammenhengende faser som pasienten og sykepleieren må gjennom for å skape menneske-til-menneske-forholdet. Gjennom disse fasene trenger sykepleieren ferdighet og kunnskaper om kommunikasjon.

- Det innledende møtet er preget av observasjoner, antakelser og å gjøre seg opp meninger. Dette blir gjort av både pasienten og sykepleieren, og kan danne grunnlaget for den fremtidige relasjonen. Under dette første møte er det viktig at vi ikke lar vår oppfattelse av pasienten bli preget av andre forhold vi har opplevd før. Pasientens

oppfattelse av oss som sykepleiere kan også være preget av tidligere møte med helsevesenet, eller av overførte holdninger. Under det første møte vil oppfattelsen av den andre ofte være preget av kategorisering og stereotypisering (Travelbee, 1999).

- Det andre punktet er fremvekst av identitet, med hovedfokus på evnen til å verdsette den andre som et menneske et individ, samt evne til og skape en tilknytning. Dette krever evner til å bruke seg selv som instrument, og ta personen ut av kategorien og i stedet se på personen som individ i kraft av personens identitet og personlighet. En begynnende tilknytning etableres, ved at pasienten og sykepleieren oppfatter hverandre som individer. Sykepleieren begynner og få innblikk i hvordan pasienten føler, tenker og oppfatter seg selv og situasjonen, samtidig begynner pasienten å se sykepleieren som en person og ikke bare en stereotype. Denne fasen kan også ses på som en mellom fase hvor grunnlaget for empati og gjensidig forståelse dannes (Travelbee, 1999).
- Travelbee (1999) mener at «empati er en opplevelse av å forstå», man tar del i den andres opplevelse utenifra. I denne empatiske fasen blir det individuelle synet utviklet, formet og anerkjent. På den måten blir empati en hjelp i prosessen «å komme nærmere hverandre». Empati er ikke nok for at danne menneske-til-menneske-forholdet, det alene fører ikke til gjensidig forståelse, men er en hjelp på veien.
- Sympati og medfølelse beskriver Travelbee (1999) som varme, godhet og kortvarig medlidenhet. Det er et skritt videre og kan ses på som en forlengelse av empatifasen, hvor forholdet forsterkes. Fasen preges av at sykepleieren involverer seg følelsesmessig, og har en dyp omtanke og interesse for å hjelpe pasienten, ikke fordi det forventes av henne, men fordi hun opplever pasienten som et individ. Sympati og medfølelse vil ofte bli kommunisert verbalt, men kan også vises nonverbalt for eksempel med ansiktsuttrykk eller blikk. Sykepleierens evne til og vise sympati og medfølelse kan være avgjørende for pasienten, både i forhold til å mobilisere styrke til å takle lidelse, men også i forhold til motivasjon og vilje. I denne fasen må også sykepleieren bevise at hun er til og stole på (Travelbee, 1999).

Når pasienten og sykepleieren har gjennomgått disse fire fasene, mener Travelbee (1999) at de vil kunne oppnå gjensidig forståelse og kontakt i et menneske-til-menneske-forhold. På

denne måten dannes grunnlaget som kan oppfylle sykepleierens funksjon gjennom sykepleieintervensjoner.

### **3.3 Sykepleierens pedagogiske funksjon**

Den pedagogiske funksjonen til sykepleieren skiller seg fra andre pedagoger fordi vi møter personer i andre livsfaser. Disse menneskene står ikke over for et fag som skal læres, men et liv som skal leves (Dalland, 2010).

Sykepleierens pedagogiske funksjon kan være støtte, informering, undervisning og veiledning (Brataas, 2011). Målet er læring og økt mestring (Tveiten, 2009). Travelbee (1999) sier at undervisning kun er hensiktsmessig hvis pasienten klarer å se en mening i den.

Travelbee (1999) legger vekt på sykepleierens pedagogiske funksjon i forhold til det helsefremmende arbeidet. Det handler ikke bare om å hjelpe pasienten til kunnskap, men å formidle denne på en slik måte han finner mening i sykdom og finne tiltak som han trenger for å bevare helse og kontrollere symptomene.

Sykepleiepedagogisk praksis er viktig for å møte pasientens behov for støtte, læring, tilpassing og mestring (Brataas, 2011). Denne funksjonen kan være avgjørende for pasientens opplevelse av livskvalitet (referert i Brataas, 2011).

#### **3.3.1 Pedagogikk som prosess**

Følgende faktorer har betydning for det som skjer i pedagogikkens forløp (Brataas, 2011).

##### ***Relasjon***

For å kunne veilede og undervise pasienter, er det viktig at sykepleierne og pasienten har opparbeidet en god relasjon (Brataas, 2011). Relasjon kan beskrives som en forbindelse mellom mennesker (Eide & Eide, 2011) og kan sammenlignes med forholdet som Travelbee (1999) kaller for menneske-til-menneske-forhold.

##### ***Læreforutsetninger***

Læreforutsetninger kan fortelle om en persons forutsetninger for å lære. Læreforutsetningene kan deles opp i ferdigheter, holdninger, følelser, kunnskap og erfaringer (Tveiten, 2009).

- Ferdigheter kan for eksempel være å kunne lese og skrive, men kan også være kognitive funksjoner i forhold til å kunne motta og forstå informasjon.
- Holdninger kan være å ikke ha tro på at kunnskapen er av betydning, eller det kan handle om holdningen pasienten har til sin lidelse og utfordringene den gir.
- Pasientens følelser, for eksempel sinne eller stor oppstemthet, kan også virke inn på læreforutsetningene.
- Kunnskapen pasienten har vil også ha stor betydning for forutsetningen for læring. Det kan for eksempel være kunnskap om lidelse eller medikamentell behandling.
- Pasientens erfaringer vil også spille en stor rolle, både negative og positive erfaringer kan ha innvirkning på hans læringsforutsetninger.

Motivasjon kan også ses på som en læringsforutsetning, og kan spille en avgjørende rolle i forhold til om pasienten ønsker og lære. Det er spesielt den indre motivasjonen som er viktig i forhold til læring (Tveiten, 2009).

### ***Verktøy/metoder***

Undervisning og veiledning er to metoder for sykepleiepedagogisk praksis og er en del av sykepleierens verktøy. Valg av metode har sammenheng med situasjonen til pasienten (Brataas, 2011). Undervisning og veiledning kan ses på som sammensatte, og det kan ofte være hensiktsmessig og nødvendig å bruke dem i en kombinasjon (Tveiten, 2009).

Undervisning kan defineres som en planlagt pedagogisk handling, der sykepleieren formidler kunnskap om et tema til en pasient. Hvilken kunnskap som formidles avhenger av pasientens ønsker og behov, men også ut i fra sykepleierens faglige vurderinger. Hensikten er å formidle den kunnskapen sykepleieren har. Dette skal styrke pasientens mestringskompetanse. Kunnskapsformidling handler om å videreformidle kunnskap om helse, sykdom og konsekvenser for pasienten (Tveiten, 2009).

Veiledning kan beskrives som en pedagogisk prosess, hvor hensikten er å øke mestringskompetansen gjennom dialog basert på kunnskap. Veiledning tar utgangspunkt i pasientens opplevelse og forståelse. Dialog og kommunikasjon er hovedformen i veiledning, og danner grunnlag for at pasienten selv ser hva som er aktuell handling. Hvordan man legger

til rette for refleksjon og bearbeidelse avhenger av pasienten (Tveiten, 2009). Veiledning kan ses på som ett middel i empowermentprosessen (referert i Tveiten 2012), og tar sikte på at pasienten selv skal finne svar (Tveiten, 2009).

Dialog er en av flere metoder som brukes til undervisning og veiledning. Dialog kan beskrives som en muntlig samtale mellom to eller flere personer (Tveiten, 2009). Under dialogen er det også viktig å være bevisst på den nonverbale kommunikasjonen (Eide & Eide, 2011). En god dialog kjennetegnes av likeverdighet, gjensidig respekt og aksept (Tveiten, 2009). Dialog er også en metode som brukes i helsefremming (Gammersvik, 2012). Dialog er en likeverdig samtale mellom to eller flere personer, hvor temaet er meningsfylt og relevant for alle deltakere. Dialogen er spesielt nyttig der hvor temaet er rettet mot personenes erfaringer og hvor disse utveksles (Dalland, 2010).

### ***Evaluering***

Evaluering er viktig i det pedagogiske arbeidet, da det kan fortelle om kvaliteten på undervisningen og veiledningen. Også om det har vært optimalt for personen som skal lære. Sykepleieren kan vurdere om det har ført til helsefremmende resultater (Brataas, 2011).

## **3.4 Kommunikasjon**

Kommunikasjon er utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere mennesker. Ofte deles kommunikasjon inn i verbal og nonverbal. Ved verbal kommunikasjon benytter man seg av et verbalt språk, mens nonverbal kommunikasjonen ofte består av kroppsspråket vårt i form av tegn og signaler (Eide & Eide, 2011). Ifølge Eide og Eide (2011) er det den nonverbale kommunikasjonen som på best måte formidler hva en person føler. Tegn og signaler er ofte sammensatte, et ord kan eksempel ha flere betydninger. Det er andres signaler og vår fortolkning som skaper grunnlag for eksempel tillit, nærhet eller konflikt (Eide & Eide, 2011). Tillit kan beskrives som at andres godhet, dyktighet og ærlighet, er oppriktig og til å stole på (Fugelli, 2011).

Profesjonell hjelpende kommunikasjon bør alltid være hjelpende for pasienten. For å sikre dette bør sykepleiere ha ferdigheter om hjelpende kommunikasjon. Ferdighetene består blant annet av aktiv lytting og samtaleferdigheter for eksempel bekreftende ferdigheter. Disse ferdighetene skaper trygghet og tillit. Hjelpende kommunikasjon er pasientrettet, og er derfor

en forutsetning for empowerment (Eide & Eide, 2011). Den hjelpende kommunikasjonen består ifølge Eide og Eide (2011) av flere aspekter. Aktiv lytting kan ses på som den viktigste og mest grunnleggende ferdigheten. Ved aktiv lytting viser sykepleierne ved verbal og nonverbal adferd at man har oppmerksomheten rettet mot den som snakker. Det kan for eksempel være nonverbale oppmuntringer i form av øyekontakt, håndbevegelser eller berøring, eller verbalt ved å stille spørsmål og sammenfatte følelser. Ved aktiv lytting danner man grunnlag for å fremme kommunikasjon og samspill. Det handler ikke bare om det verbale i samtalen, men også tolking, kroppsspråk og stemme (Eide & Eide, 2011). Det at sykepleieren viser at hun ser og hører, gir anerkjennelse (Tveiten, 2009). Aktiv lytting kan føre til at man bidrar til at pasienten får en opplevelse av mening. Opplevelse av mening kan være grunnlag for motivasjon, noe som kan føre til handling (Eide & Eide, 2011).

Travelbee (1999) sier kommunikasjon i sykepleiepraksis kan ses i sammenheng med å motivere syke mennesker og vise omsorg for dem (oftest nonverbal). Kommunikasjon er et virkemiddel for å oppnå forandring i pasientsituasjoner. Hjelpende kommunikasjon skal hjelpe oss å forstå hvordan pasienten har det, det kan gi bedre relasjon mellom sykepleier og pasient, og fremme brukermedvirkningen. Empati er en forutsetning for hjelpende kommunikasjon (Eide & Eide, 2011).

### **3.4.1 Kommunikasjon med pasienter i en manisk fase**

Kommunikasjon med pasienter i en manisk fase bør være preget av korte og enkle setninger og et rolig tempo med lav og rolig stemmebruk. Dette fordi det kan hjelpe pasienten med å holde seg på et lavere psykisk nivå og holde konsentrasjonen på temaet som blir snakket om (Hummelvoll, 2012).

## **3.5 Sense Of Coherence (SOC)**

Antonovsky's (2012) teori om salutogenese kan gi oss en beskrivelse av hvordan man kan fremme mestring ved hjelp av SOC. Teorien fokuserer på faktorer som skaper helse, og har som mål å gjøre mennesker i stand til og leve optimalt med sine utfordringer og ikke kun behandle symptomer.

Den salutogenitiske teorien består av sentrale begreper og grunnleggende antakelser om helse. Disse er forbundet med hverandre og utgjør en helhet. Andre viktige faktorer i den salutogene



tilnærmingen er å se på pasienten og sykepleieren som likestilte, at pasienten er ekspert på sitt liv og sin opplevelse av lidelsen, mens sykepleieren for eksempel har kunnskap om psykisk helse generelt. Sykepleieren må lytte empatisk til det pasienten forteller, samtidig som hun også har fokus på pasientens styrker og ressurser (Antonovsky, 2012).

SOC er en grunnleggende holdning som uttrykker hvordan man opplever virkeligheten i form av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Hvis virkeligheten oppleves håndterbar, meningsfull og begripelig kan det bidra til mestring, helse og velvære (Antonovsky, 2012).

- **Begripelighet:**  
Måten en person opplever indre og ytre stimuli på. De oppleves meningsfulle hvis de er ordnede, strukturerte og klare.
- **Håndterbarhet:**  
Er hvilken grad man har kognitiv evne til å vurdere sine ressurser. For eksempel at de er tilstrekkelig nok i forhold til utfordringer personen møter. Hvis personen føler høy grad av håndterbarhet, vil ikke personen føle seg urettferdig behandlet eller som et offer.
- **Meningsfullhet:**  
Dette er følelses- og motivasjonskomponenten. Her føler personen i hvilken grad situasjoner i livet og livet gir mening. Dette er den viktigste delen av SOC begrepet, fordi opplevelse av mening bidrar til at situasjonen er mer begripelig og håndterbar (Antonovsky, 2012). Menneske-til-menneske-forholdet er ifølge Travelbee (1999) avgjørende for å hjelpe en pasient med å finne mening.

En sterk følelse av SOC kan være motiverende for å takle stress, ha tro på at man ser en mening og at ressurser er tilgjengelig. Motstandsressurser er også sentralt i denne tenkningen og kan også bidra til bedre helse. Motstandsressurser kan for eksempel være sosial støtte, sosial integritet i en gruppe, egoidentitet (egen opplevelse av seg selv) og kunnskap (Antonovsky, 2012).

Det å oppleve mestring kan gi gode erfaringer. Erfaringer kan gjøre at man opplever mening, modning og utvikling og kan da hjelpe personen med å bevege seg mot en høyere grad av helse (Antonovsky, 2012).

I den salutogene tilnærmingen skal det ikke legges stor vekt på lidelsen eller symptomene den gir, men i stedet fokusere på pasientens opplevelse av problemer og utfordringer. Det er pasienten som ved bruk av egne ord må definere veien videre. Det er også viktig og stimulere de gode erfaringene, stille spørsmål som fokuserer på det positive, få pasienten til og se på de ressursene personen har. Det å møte pasienter med utfordringer er en nødvendighet for å utvikle seg, og det har stor betydning for at skape livserfaringer, som igjen fremmer SOC og den psykiske helsen. Det er viktig for personlig utvikling og bedring at pasienten selv tar styring, dette harmoner også med prinsippene i empowerment. Deltakelse i egen utvikling er viktig for en opplevelse av mening (Antonovsky, 2012).

### 3.6 Empowerment

Empowerment er et ord det kan være vanskelig å oversette til norsk, men hvis man ser på ordet power, vil det kunne oversettes til både styrke, kraft og makt. Ordet empowerment har vært brukt gjennom flere år, men i dag brukes det mest i forhold til grupper som på en eller annen måte anses å være i en avmaktsposisjon, for eksempel mennesker med psykiske lidelser (Askheim, 2010).

Empowerment kan ses på både som et begrep og en prosess, men også et resultat (Tveiten, 2012). En empowerment tilnærming tar sikte på å gi personer styrke og kraft til og komme ut av avmakten, og få tilbake makt og kontroll over sitt eget liv (Askheim, 2010), kan også kalles maktoverføring. Brukermedvirkning og empowerment kan på en måte ses på sammen, de har begge som mål ideelt sett, å gi personer mer makt over sin egen situasjon (Rønning, 2010).

Empowerment står sentralt i helsefremmende arbeid (referert i Wilhelmsen & Holthe, 2011), hvor helse ses på som noe man selv er med på å skape gjennom deltakelse og samspill. For å møte pasienten med empowerment eller brukermedvirkning krever det at vi som sykepleiere ser på pasienten som likestilt med oss, at pasienten er ekspert på sitt liv og sine behov, og at det likestilles med våre kunnskaper og erfaringer (Rene & Larsen, 2012). Sentralt hovedprinsipp i helsefremmende arbeid er maktoverføring (fra fagperson til pasient), som da styrker pasientens ressurser, uavhengighet og tro på seg selv (referert i Tveiten, 2012). Ut fra

dette dannes tre grunnprinsipper i helsefremming som er sentrale i Empowerment tenkningen, at pasienten er ekspert på seg selv, medvirkning og maktoverføring (Tveiten, 2012).

I empowermentprosessen er sykepleieren og pasientens samarbeidspartner, hvor sykepleierens rolle kan betegnes som veileder. For å fremme empowerment må samarbeidet preges av fellesskap, tillit, trygghet og gode relasjoner (Tveiten, 2012). Gjennom empowermentprosessen ved hjelp av maktoverføring, medvirkning og annerkjennelse av ekspert på seg selv, opparbeider pasienten seg styrke og kraft som pasienten kan bruke til å motarbeide krefter som holder en nede og få mer kontroll og styring over eget liv (referert i Tveiten, 2012). På en måte kan man si at empowerment prosessen kan resultere i mestring. Pasienten må bli spurt, lyttet til og tatt på alvor (Tveiten, 2012).

### 3.7 Motivasjon

Begrepet motivasjon er latinsk og betyr «å bevege». Motivasjon er den indre styrken som kan føre til at man søker etter sine mål (Håkonsen, 2011). Motivasjon kan defineres som den drivkraften som ligger til grunn for handlinger, eller som tilstander som gir retning for atferd. Dette kan betraktes som en læreforutsetning. Det betyr mye for læringen at pasienten virkelig ønsker å tilegne seg kunnskap (referert i Tveiten, 2009).

Man kan skille mellom indre og ytre motivasjon.

Indre motivasjoner er det pasienten gjør eller lærer som er drivkraften og som skaper interesse (referert i Dalland, 2010). Indre motivasjon er når man føler at man gjør en aktivitet for seg selv og ikke for andre, og handler om pasientens medbestemmelse (Vatne, 2011).

Ytre motivasjon kommer ikke som følge av selve aktiviteten, men for eksempel som følge av tilbakemeldinger fra andre personer (Dalland, 2010).

For å skape endringer hos personer med psykiske lidelser, holder det ikke at initiativet ligger på brukeren, men man må bruke ytre motivasjon for at de skal få mot til forandring og nye muligheter (Vatne, 2011).

## **4. Lover og retningslinjer**

Som sykepleiere har vi lover, regler og retningslinjer vi må forholde oss til. Dette for å etterkomme våres plikter og ivareta pasienters rettigheter. Vi velger å trekke frem sentrale lovverk og retningslinjer som er aktuelle i forhold til vår problemstilling. Vi vil kort forklare lovene, og komme nærmere inn på dem i drøftingen. Pasienter med bipolar lidelse kan befinne seg i en avmaktssituasjon i forhold til sin diagnose, det er derfor viktig at vi som sykepleiere ivaretar pasientens rettigheter og integritet.

### **4.1 Pasient- og brukerrettighetsloven**

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal sikre pasienter lik tilgang på helsetjenesten. Denne loven tar sikte på å ivareta pasienter og pårørendes rettigheter som brukere av helsetjenesten. Sentrale momenter i denne loven er pasientens rett til medvirkning i egen behandling og rett på informasjon om sin tilstand. Den tar også for seg pasienters rett til å nekte helsehjelp.

### **4.2 Helsepersonelloven**

Helsepersonelloven (1999) omhandler helsepersonellens plikter i helsetjenesten, og skal i hovedsak bidra til pasientsikkerhet og tillit mellom helsetjenesten og pasient. Loven tar for seg blant annet helsepersonellens plikt til å bedrive faglig forsvarlig yrkesutøvelse og ikke overskride sin kompetanse. Dette skal gi pasienten trygghet i behandlingen som blir gitt. Loven tar også for seg helsepersonellens taushetsplikt.

### **4.3 Helse- og omsorgstjenesteloven**

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) gjelder de som yter kommunale helse- og omsorgstjenester. Loven skal gi tilstrekkelig tilbud til de som trenger helse- og omsorgstjenester i hjemmet, dette gjelder blant annet for pasienter med psykisk sykdom. Ansvaret til kommunen ligger blant annet på helsefremmende og forebyggende arbeid ved hjelp av opplysning, veiledning og rådgivning. Et ansvarsområde kommunen har er ansvar for medisinsk habilitering og rehabilitering.

#### **4.4 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere**

Yrkesetiske retningslinjer er utarbeidet med grunnlag på prinsippene i ICNs etiske regler, og menneskerettighetene i FNs menneskerettighetserklæring. Dette er sykepleiernes viktigste verktøy i etiske overveielser. De utdyper hvordan menneskesyn og verdier bør vernes i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2011).

#### **4.5 Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolar lidingar**

Retningslinjene er utgitt av Helsedirektoratet i 2012, og bygger på forskningsbasert kunnskap. Hensikten med retningslinjene er at de skal bidra til kunnskap i praksis, samt gi råd om utredning og behandling for å sikre et likeverdig og helhetlig tilbud til alle personer med bipolar lidelse. De skal også være med og bedre kvaliteten på helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2012).

## 5. Drøfting

I denne delen vil vi drøfte faglitteratur, forskning og egne erfaringer opp mot problemstillingen vår som er:

*«Kan vi som sykepleiere ved hjelp av Travelbee's sykepleierteorier og vår pedagogiske funksjon øke compliancen hos pasienter med bipolar lidelse?»*

### 5.1 Profesjonell sykepleie

Når vi som sykepleiere skal finne ut om vi kan bruke vår pedagogiske funksjon for å øke Arnes compliance i forhold til medikamentell behandling, mener vi det er viktig at vi yter profesjonell sykepleie (Travelbee, 1999). Travelbee (1999) definerer sykepleie og beskriver den profesjonelle sykepleierens hovedfunksjon som å hjelpe pasienter med og forebygge sykdom, finne mening i, og mestre sin lidelse. Disse punktene er også fremhevet i blant andre loven om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011). Der står det for eksempel i lovens formål at vi skal fremme helse, forebygge sykdom og sosiale problemer, samt tilrettelegge for mestring av sykdom. Flere av de samme punktene er også vektlagt i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011). Når vi ser på Arne og hans situasjon opp mot lovverket, yrkesetiske retningslinjene og Travelbee's beskrivelse av profesjonell sykepleie, står det helt klart for oss at vi har en lovpålagt plikt og et yrkesetisk ansvar for å hjelpe Arne, det er også i tråd med vår oppfattelse av Travelbee's beskrivelse av det å yte profesjonell sykepleie.

Vi er enig i Travelbee's (1999) beskrivelse av profesjonell sykepleie, og mener vår oppgave i møte med Arne blir å hjelpe han med å forebygge utvikling av maniske episoder eller redusere maniske symptomer, og på den måten forebygge sykdom og lidelse. Ved å hjelpe Arne med og forebygge maniske episoder, mener vi også at vi kan forebygge sosiale problemer som kan oppstå som følge av for eksempel grenseløs og ukritisk adferd (Hummelvoll, 2012). Siden Arne selv har valgt å avslutte sin medikamentelle behandling fordi han har et ønske om å være manisk, er det ikke sikkert at han ønsker hjelp til å forebygge maniske episoder. Vi mener da at det er viktig at vi underviser Arne om lidelsen, medikamenter og forklarer han om virkninger og bivirkninger av disse (Tveiten, 2009), for på den måten å hjelpe han og mestre sin lidelse. Ved at lidelsen og de utfordringene den gir, samt medikamentell behandling blir

mer forståelig, begripelig og håndterbar for Arne (Antonovsky, 2012). Forskningen til Rosaa, et al. (2007) viser at pasientens kunnskap om lidelsen, symptomer og medikamentell behandling har stor betydning for pasientens compliance.

I vårt møte med Arne mener vi også det er viktig og legge vekt på andre lovpålagte plikter og retningslinjer. I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 3, legges det blant annet vekt på pasientens rett til medbestemmelse, medvirkning og rett til tilpasset informasjon.

Yrkesetiske retningslinjer fremhever også vår plikt til å forsikre oss om at informasjonen som vi gir til Arne er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2011). Når vi møter Arne vil vi etterkomme disse pliktene ved å gi Arne den informasjonen han har behov for. Informasjonen vil vi tilpasse etter Arnes evne til å motta informasjon, vi vil også forsikre oss om at informasjonen han har fått er forstått. Det kan vi for eksempel gjøre ved og la Arne gjenta informasjonen han har fått, eller ved å stille spørsmål. Spørsmålene kan for eksempel være «hvilke symptomer var det vi pratet om i sta», eller «hvordan var det vi ble enige om vi skulle gjøre det» (Eide & Eide, 2011).

Ved å gi Arne informasjon mener vi at vi kan gi Arne det grunnlaget han trenger for selv å medvirke aktivt og ta selvstendige beslutninger. På den måten vil Arne kunne være medbestemmende og ha innflytelse på sin egen behandling (Vatne, 2011). Hvis Arne fortsetter i den situasjonen han er i nå, hvor han ikke har nok kunnskap om sin lidelse eller den medikamentelle behandlingen, mener vi at det kan få fatale følger for han.

Sannsynligheten for at han må legges inn i spesialisthelsetjenesten anser vi som stor, og det kan også ende opp med at kroppen hans kollapser på grunn av den kraftige økte aktiviteten (Hummelvoll, 2012).

Siden Arne er i en begynnende manisk fase, kan hans evne til og ta i mot informasjon og bearbeide den være svekket (Eknes, 2006), dette stiller krav til oss som sykepleiere og vår yrkesutøvelse. Yrkesutøvelsen reguleres blant annet av helsepersonelloven (1999) og yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2011). Disse forteller for eksempel om vårt ansvar for å utøve faglig, etisk og juridisk ansvarlig praksis som bygger på forskning, egne- og pasient erfaringer, samt fagkunnskap. Faglig forsvarlighet kan for eksempel være at vi henviser Arne videre til andre fagpersoner hvis vi ikke selv har kompetanse til å håndtere en gitt situasjon. Travelbee (1999) vektlegger også vårt juridiske ansvar vi har for egne handlinger. Hvis vi ikke etterkommer vårt juridiske ansvar kan det føre til store konsekvenser

både for Arne, men også ifølge helsepersonelloven (1999) vår egen mulighet til å praktisere som sykepleiere i fremtiden.

For å kunne etterkomme våre lovpålagte plikter og følge de yrkesetiske retningslinjene, må vi først bygget en relasjon til Arne, eller det som Travelbee (1999) kaller et menneske-til-menneske-forhold.

## 5.2 Menneske-til-menneske-forhold

Travelbee (1999) er opptatt av menneske-til-menneske-forhold i sykepleien. For at vi skal kunne veilede og undervise Arne om sin sykdom mener vi det er essensielt at det på forhånd er opparbeidet en god relasjon mellom Arne og oss. Dette samarbeidet er også viktig i Empowerment prosessen (Tveiten, 2012). Forskning til Straussa & Johnsonc (2006) viser også at en tidlig dannelse av en god relasjon mellom Arne og oss som sykepleiere kan føre til at han får økt aksept for sin lidelse og en mer positiv holdning til medikamenter. En god relasjon kan også føre til at Arne får mindre bekymringer om stigmatisering og færre maniske perioder. Ved å danne en god relasjon til Arne, vil vi kanskje også kunne styrke hans motstandsressurser (Antonovsky, 2012). Antonovsky (2012) skriver at motstandsressurser kan være sosial støtte, kunnskap og integritet i en gruppe. Vi mener at ved å danne denne relasjonen til Arne vil han føle sosial støtte, og vi vil på en måte danne en gruppe sammen.

For å danne en god relasjon til Arne velger vi å ta utgangspunkt i de fire sammenhengende fasene Travelbee (1999) beskriver som nødvendige for å opparbeide et menneske-til-menneske-forhold.

Det innledende møtet preges av observasjon og oppbyggelse av antakelser i form av førsteinntrykk om Arne som person, samt Arnes oppfattelse av oss. Disse oppdagelsene vil skje gjennom nonverbal og verbal kommunikasjon. Vi mener derfor at det er viktig at vi innehar kunnskap om kommunikasjon (Travelbee, 1999). Den nonverbale kommunikasjonen uttrykker best våre følelser, det er derfor viktig at vi er bevisste på vårt kroppsspråk (Eide & Eide, 2011). Ved hjelp av kroppsspråket kan vi vise Arne at vi er interessert i å bli bedre kjent med han. Det kan vi for eksempel gjøre ved å ha øyenkontakt med Arne, hvordan vi sitter, både med kroppen vår, og vår plassering i forhold til Arne, samt våre ansiktsuttrykk og at vi



holder fokus på Arne, vil også kunne uttrykke interesse. Å oppmuntre Arne til og fortelle mer, ved for eksempel å si «bare fortsett» eller «kan du forklare litt nærmere», vil også gjøre vår interesse mer synlig for Arne (Eide & Eide, 2011).

Det er viktig at vi bruker rolig stemme, samt korte og enkle setninger når vi skal kommunisere med Arne, siden hans konsentrasjon kan være nedsatt på grunn av den begynnende manien (Eknes, 2006). Hvis Arne har økt talestrøm er det også viktig at vi ikke følger han i den. Vi må observere hvor Arne «er», og tilpasser kommunikasjonen etter dette (Hummelvoll, 2012).

Travelbee (1999) skriver at det innledende møtet vil være preget av at man ikke ser på hverandre som likeverdige individer, men i stedet som stereotyper. Vi kan delvis si oss enig i dette, men mener at vi gjennom hele sykepleierstudiet har hatt stort fokus på ikke å møte pasienten som en diagnose eller stereotype, og at vi derfor alltid tilstreber og unngå dette. Dette møtet kan bli preget av Arne sine tidligere møter med helsevesenet og våre tidligere erfaringer fra andre pasientsituasjoner. Vi mener derfor det er viktig at vi starter med blanke ark, for å se Arne som det unike mennesket han er (Travelbee, 1999).

I neste fase hvor identiteter vokser frem, etableres en tilknytning mellom Arne og oss. Vi må være bevisst på hvordan vi oppfatter Arne. Hvis vi i denne fasen ser på Arne som en kategori «en bipolar pasient», og ikke som et unikt menneske som er forskjellig fra andre personer med samme sykdom, kan det være en barriere for fremvekst av hans identitet, og kan føre til at prosessen for å utvikle menneske-til-menneske-forhold stopper opp. I denne fasen kan også Arne begynne å oppfatte oss som individer, og oppdage at vi er forskjellige fra andre sykepleiere. Dette kan være starten på en god relasjon mellom Arne og oss (Travelbee, 1999).

For at fremvekst av identitet skal foregå, er det viktig at vi benytter oss av hjelpende kommunikasjon, aktiv lytting (Eide & Eide, 2011). Aktiv lytting kan hjelpe oss med å kartlegge hvilke tanker, følelser og oppfattelse Arne har av situasjonen (Travelbee, 1999). Forskning til Billsborough et al. (2014) har også funnet ut at aktiv lytting er et av de viktigste elementene for at pasienten skal føle støtte, og at aktiv lytting i seg selv kan være hjelpende. Aktiv lytting kan uttrykkes både verbalt og nonverbalt, for eksempel ved å sammenfatte det den andre har fortalt, eller ansiktsuttrykk og øyekontakt. Andre ganger kan det å bruke pauser i samtalen eller stilhet være det riktige (Eide & Eide, 2011).

I tredje fase i menneske-til-menneske-forholdet dannes empati. Ved hjelp av empati vil vi komme nærmere Arne (Travelbee, 1999). Det er i denne fasen vi kan klare å forstå det Arne formidler til oss. Empati er på sin side en viktig forutsetning for hjelpende profesjonell kommunikasjon (referert i Eide & Eide, 2011). Vi kan her fange opp Arnes bekymringer og vise vår forståelse ved hjelp av kommunikasjon. Vi kan for eksempel speile de følelsene vi observerer hos Arne, «du virker lei deg» eller «du høres litt sint ut». Vi tror at dette kan føre til økt trygghet og forståelse, noe som igjen kan åpne for bedre relasjon mellom Arne og oss. Empati kan være avgjørende for god kontakt og forståelse (Eide & Eide, 2011). I denne fasen ser vi viktigheten av at vi som sykepleiere har kunnskaper om Arnes sykdom. Vi mener at kunnskapen kan gjøre det lettere for oss å vise empati for hans situasjon. Uten denne kunnskapen, kan det være vanskelig å fange opp hva som er viktig for Arne og hans situasjon. Uten kunnskap om sykdommen kan man komme til kort med bare kunnskaper om kommunikasjons (Eide & Eide, 2011).

Den siste fasen kaller Travelbee (1999) for sympati og medfølelse, i denne fasen forsterkes relasjonen. Videre skriver hun at vi må involvere oss følelsesmessig for å kunne støtte, kommunisere og hjelpe Arne. Men det er viktig at denne involveringen av følelser ligger på et faglig nivå. Uten denne involveringen kan vi ikke føle sympati og medfølelse for Arne. Han kan bli fratatt støtten han trenger, for å få økt sin compliance i forhold til medikamentell behandling. I denne fasen har vi et ønske om å lindre plager. Vi kommuniserer med Arne at vi vil hjelpe han, viser at han betyr noe for oss fordi han er den han er, og ikke bare er en pasient. Det er vår væremåte og atferd som formidler medfølelse, vi mener at gjennom ansiktsuttrykk og blikk kan vi formidle dette. Hvis vi ikke viser sympati og medfølelse for Arne, kan det ha innvirkning på hans fysiske og psykiske tilstand, noe som vil påvirke hans motivasjon og vilje til å møte utfordringene lidelsen gir (Travelbee, 1999).

Arne kan oppleve oss som individer, ikke bare som hjelpsomme og profesjonelle personer. Han kan her føle at vi hjelper han fordi han er et unikt individ og ikke fordi vi har en plikt til det. Dette vil føre til økt tillit mellom Arne og oss (Travelbee, 1999). I denne fasen mener Travelbee (1999) at vi som sykepleiere ofte kan testes i forhold til om vi er til å stole på. Dersom vi i disse testingene beviser for Arne at vi er til å stole på, vil dette kunne føre til at han opplever full tillit og forholdet utvikler seg til forståelse og kontakt (Travelbee, 1999). Dannelse av denne positive relasjonen kan også være avgjørende for pasientens compliance (Doyle & Keogh, 2008).

Kommunikasjon er et verktøy gjennom disse fire sammenhengende fasene i dannelsen av menneske-til-menneske-forholdet med Arne (Travelbee, 1999). I relasjonen må vi også opparbeide gjensidig tillit mellom Arne og oss, denne tillitten kan hjelpe situasjonen i form av at Arne tør å åpne seg for oss og forteller om sine følelser og tanker rundt sykdommen (Håkonsen, 2011). For at Arne skal tørre å dele sine følelser og tanker med oss, mener vi det kan være avgjørende at vi informerer han om vår lovpålagte taushetsplikt, som står nedfelt i helsepersonelloven (1999) kapittel 5.

Ved å ha dannet menneske-til-menneske-forholdet har vi også lagt grunnlaget for å kunne ha en god dialog med Arne, dialog er en metode i veiledningen og undervisningen (Tveiten, 2009).

### 5.3 Sykepleieintervensjoner

Når vi har gjennomgått de fire sammenhengende faser som Travelbee (1999) beskriver, mener vi at det er et godt grunnlag til å starte sykepleierintervensjoner.

Travelbee (1999) beskriver sykepleieintervensjoner som å oppfylle sykepleierens funksjoner. Videre skriver hun at sykepleierens funksjon har som hensikt og mål å hjelpe pasienter med å forbygge, mestre og finne mening i sykdom og lidelse.

Vi har valgt og la vår sykepleieintervensjon i forhold til Arne bli styrt av Travelbee's (1999) beskrivelse av sykepleierens funksjon, forskningsresultater og egne erfaringer. For å kunne hjelpe Arne med å forbygge sykdom og lidelse, mener vi det er viktig at vi underviser og veileder han om lidelsen han har, den medikamentelle behandling med forventet virkning og bivirkninger (Rosaa, et al., 2007). Ved å la Arne delta aktivt i sin egen utvikling, vil dette øke hans empowerment og SOC gjennom veiledning og undervisning tror vi også vi kan hjelpe han til å mestre og finne mening i lidelsen (Antonovsky, 2012).

Sykepleiere kan spille en viktig rolle i forhold til å motivere pasienter med bipolar lidelse til medikamentell behandling. Undervisning om lidelsen og medikamenter er viktig for å øke pasientens compliance (Doyle & Keogh, 2008). Kupkad, et al. (2010) har funnet i sin studie at det er viktig at Arne lærer å kjenne igjen tidlige tegn på begynnende mani, og at den beste

måten å lære det på, er ved erfaringer, men også ved hjelp av undervisning. Crowe, et al. (2011) har i sin forskning funnet ut at Arnes egne oppfattelser av hva som kan gi økt compliance, kan også hjelpe oss til og finne ut hvilke sykepleieintervensjoner vi skal sette i gang. Den viser også at mer praktisk omsorg i form av for eksempel rådgivning kan ha en positiv effekt på compliancen. Arnes deltakelse og en felles forståelse kan føre til bedre beslutninger fra Arne sin side

Før vi kan begynne å bruke vår pedagogiske funksjon til å undervise og veilede Arne, må vi først kartlegge Arnes læreforutsetninger. Dette innebærer Arnes ferdigheter, holdninger og følelser, samt hans kunnskap og erfaringer (Tveiten, 2009). En ny forskning utført av Billsborough, et al. (2014) viser at tilnærmingen til pasienter med bipolar lidelse skal tilpasses etter hvilken fase av sykdommen pasienten er i. Det er derfor viktig at vi vurderer Arne sine læringsforutsetninger kontinuerlig. Ved å vurdere Arne sine ferdigheter kontinuerlig, vil vi kunne tilpasse informasjonen. Hvis vi ikke vurderer ferdighetene kontinuerlig kan vi risikere at informasjonen ikke er tilpasset, og det kan føre til at den ikke når frem til Arne, eller at Arne misforstår informasjonen han får (Tveiten, 2009). Vi har selv opplevd en situasjon i praksis hvor en pasient fikk informasjon som ikke var tilpasset, dette førte til at pasienten misforstod informasjonen og endte opp med et meget forvrengt og feilaktig bilde av virkeligheten.

Vi mener at de maniske fasene ved bipolar lidelse, kan ha stor innvirkning på Arne sine læringsforutsetninger, og kan føre til forandringer i Arnes ferdigheter i forhold til å motta og forstå informasjon, men også i forhold til hans følelser og holdninger til lidelsen. Arne sine symptomer på mani, kan blant annet være ustabile følelser med stor oppstemthet, hans tankevirksomhet kan også bli forandret, hvilket kan føre til at Arnes konsentrasjonsevne blir svekket og han lett blir distraheret (Eknes, 2006). Storhetstanker om han selv og hans evner kan også påvirke Arne til å tro at han selv kan mestre lidelsen og de konsekvensene den gir. Arnes holdning til lidelsen mener vi også er påvirket, han ser på symptomene som bare positive, da de fører til at han får gjort mye, i tillegg føler han seg oppstemt, glad og blid. Arnes erfaringer fra tidligere maniske episoder kan bli redusert til ubetydelige eller ikke eksisterende, på grunn av forvrengt oppfattelse av virkeligheten (Hummelvoll, 2012). Ved å kartlegge Arne sine læringsforutsetninger mener vi at vi kan sette oss inn i hvordan han opplever sin lidelse, og på denne måten kan vi ifølge Travelbee (1999) også hjelpe Arne.

Når vi skal kartlegge Arne sine læringsforutsetninger, er det også viktig å finne ut hvor mye kunnskap han har om medikamentell behandling og sin lidelse. Tveiten (2009) påpeker også viktigheten av dette. Vi mener dette er relevant fordi det er en viktig forutsetning for å kunne tilpasse veiledningen og undervisningen til Arnes behov. Helsedirektoratet (2012) påpeker at pasienter som ikke ønsker medikamentell behandling må bli møtt med respekt, men understreker viktigheten av at man kartlegger hva årsaken er. Dette fordi det ofte kan skyldes mangel på informasjon om medisiner. De sier også at nok informasjon kan øke etterlevelsen. Forskning til Rosaa, et al. (2007) viser at det å kartlegge hvorfor pasienten ikke tar sine medikamenter, samt hvilken kunnskap han har om lidelsen og hvilken innstilling han har til behandlingen er viktig. Videre i denne forskningen har man også funnet ut at kunnskap om lidelsen og medikamenter har direkte innflytelse på compliancen. Hvis Arnes kunnskapsnivå blir høyere kan det kanskje resultere i at han får økt motivasjon til å fortsette sin medikamentelle behandling.

Når vi har kartlagt Arne sine kunnskaper om medikamenter og om lidelsen er det viktig å finne ut hvilke utfordringer Arne selv mener han har (Antonovsky, 2012). Antonovskys (2012) salutogene tilnærming legger også vekt på at det er pasientens opplevelse av problemer og utfordringer som skal definere veien videre, siden det er Arne som er ekspert på sitt liv. Vi mener at ved å la Arne selv definere de utfordringene han ser, og selv fortelle om sine problemer, ivaretar vi hans autonomi og lovfestet medbestemmelsesrett som står nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Denne tilnærmingen til Arnes problemer og utfordringer er også nødvendig for å starte empowermentprosessen. Dette fordi medbestemmelse kan gi Arne en følelse av økt makt og kontroll over eget liv. At makten blir overført og gitt tilbake til Arne (Rønning, 2010). Ved å la Arne selv definere sine utfordringer vil det også kunne øke hans motivasjon til og gjøre endringer (Tveiten, 2012). Vi kan for eksempel stille spørsmål som «hva er du opptatt av nå?», «hva mener du selv du har behov for informasjon om?», «Hvilke problemer mener du selv lidelsen din gir?» (Tveiten, 2009).

Crowe et al. (2011) forteller i sin forskning om viktigheten av ikke å møte Arne med en autoritær og fordømmende holdning, og bare fortelle han om lidelsen og medikamentell behandling, men at vi må inkludere han og høre på hans meninger og synspunkter. Når Arne skal fortelle om sin opplevelse av lidelsen og utfordringene den gir, er det viktig at vi har kunnskaper og ferdigheter om hjelpende kommunikasjon (Eide & Eide, 2011). Vi kan for eksempel bruke verbale bekreftende ferdigheter, disse kan hjelpe oss å vise Arne at vi er

interessert, samtidig vise anerkjennelse og stimulere til mer utdypende svar. Vi kan for eksempel komme med små uttrykk som «ja det forstår vi», «så bra» eller «så trist», vi kan også spørre Arne om, «kan du utdype mer» (Eide & Eide, 2011). Vi tenker at dette også får Arne til å føle at vi virkelig bryr oss om han som person (Travelbee, 1999).

Arnes definisjon av problemer og utfordringer kan også hjelpe oss til og få innsikt i hva undervisningen og veiledningen skal inneholde (Tveiten, 2009). Dette er i følge Travelbee (1999) en del av den profesjonelle sykepleien. Vi mener samtidig det er viktig at vi som sykepleiere ser hva som kan gjøres for Arne, hvis vi ser på situasjonen som håpløs, vil dette vises i holdningen vår, og resultatet kan være at vi trekker oss unna situasjonen. Dette vil kunne føre til ødeleggelse av den opparbeidede kontakten vi har dannet med Arne, og han vil kunne føle fortvilelse for situasjonen (Travelbee, 1999).

Når Arne formidler sin oppfattelse av situasjonen til oss, er det viktig at vi lytter aktivt til det han sier, og tar det på alvor (Eide & Eide, 2011). Fordi positive og negative erfaringer kan påvirke hans læreforutsetninger (Tveiten, 2009). Vi kan stille utdypende spørsmål, eller komme med små oppmuntringer, for eksempel, «kan du si litt mer om det», «var det noe spesielt du tenkte på», små oppmuntringer kan være, «hmm», «ja...», «interessant» (Eide & Eide, 2011). Vårt syn på situasjonen kan være annerledes enn Arne sitt, men det er hans oppfattelse som er virkelig for han, og det som definerer utgangspunktet vi skal jobbe ut i fra. Det er Arne som er ekspert på seg selv og sitt liv (Tveiten, 2012). Ved å akseptere Arne sitt syn på situasjonen, bekrefter og sier oss enig i hans synpunkter, vil Arne føle støtte og samtidig få en mulighet til å reflektere rundt sitt eget syn (Travelbee, 1999). Det er viktig at vi tar utgangspunkt i Arnes bekymringer og problemer, og ikke har hovedfokus på lidelsen eller symptomene hans (Antonovsky, 2012), dette kan fremme empowerment hos Arne, og føre til økt opplevelse av mestring (Tveiten, 2012).

Arnes indre motivasjon er viktig og kan ses på som en læreforutsetning. Det kan ha stor betydning for læringen at Arne ønsker å tilegne seg kunnskap (Tveiten, 2009). Motivasjon kan danne et grunnlag for opplevelse av å ta styring over sitt eget liv, empowerment (Skårderud et al, 2010). Ifølge Antonovskis (årstall) teori om SOC er det komponenten mening som er motivasjonskomponenten. Vi tror at hvis vi gjennom veiledning og undervisning kan gi Arne kunnskap om sin lidelse og behandling, vil det hjelpe han til å føle mening i forhold til situasjonen og dette da kan føre til økt motivasjon, økt motivasjon kan

føre til handling (Antonovsky, 2012). Dette fordi kunnskapen kan føre til at Arne føler det er verdt å bruke energi på de utfordringer han føler sykdommen gir (Langeland, 2011).

Ifølge Travelbee (1999) er ikke undervisning hensiktsmessig dersom pasienten føler at livet er fratatt glede og mening på grunn av behandling. Arne kan for eksempel føle at livet blir fratatt glede og er uten mening ved medikamentell behandling (Travelbee, 1999). Her tenker vi spesielt på at Arne ikke opplever den høyden og økte energien han selv ønsker. Dersom Arne ikke finner mening i behandlingen, vil han heller ikke være motivert til å følge den (Travelbee, 1999), noe Antonowsky (2012) også skriver om i forhold til SOC. Vi ser med dette at det er avgjørende for undervisning og veiledning at Arne ser en mening i sin egen situasjon og er motivert for endring. I den fasen Arne er i nå med symptomer på mani, er det viktig at vi kan hjelpe han med å finne mening og hensikt i det som skjer. Dette er en av sykepleiernes største utfordring i sykepleie mener Travelbee (Travelbee, 1999).

Vi anser det som viktig at vi gjennom dialog får frem hvordan Arne opplever den maniske perioden, og viser ved hjelp av empati at vi forstår disse følelsene (Travelbee, 1999). Dette kan vi gjøre ved direkte spørsmål som, «hva gjør de maniske periodene med deg?», «hvordan har du før opplevd de maniske episodene i ettertid?», «hva tenker du om det?» Dette kan sette i gang en refleksjon hos Arne. Vi tenker dette kan føre til at han ser de negative konsekvensene av eksempel økt pengeforbruk og ukritisk adferd. Kanskje kan han selv komme frem til at han trenger medisiner for å unngå slike negative konsekvenser. Men refleksjonen kan også føre til at Arne kun ser de positive sidene ved manien, hvilket kan føre til at han ikke ser behovet for medikamenter (Tveiten, 2009).

Siden Arne selv ønsker å være manisk, og på nåværende tidspunkt anser manien som mer positiv enn negativ, mener vi det er viktig at vi spør han om han har opplevd noen situasjoner hvor han har følt mestring siden mestring kan gi gode erfaringer. Vi vil kartlegge om han har hatt noen gode erfaringer ved medikamentell behandling. Hvis han forteller om gode erfaringer, vil vi stimulere disse, fordi gode erfaringer kan føre til at han føler mening (Antonovsky, 2012).

Empowerment fremmes ved samarbeid preget av fellesskap, tillit, trygghet og gode relasjoner. Vi må hele tiden tenke på at Arne er ekspert på seg selv, det er derfor viktig at vi kontinuerlig stiller spørsmål, lytter og tar det han sier på alvor (Tveiten, 2012). Igjen er kunnskap og

ferdigheter om hjelpende kommunikasjon viktig. Det å lytte til Arnes utsagn samtidig som vi tolker hans kroppsspråk kan hjelpe oss med å forstå på en bedre måte hva han ønsker å formidle til oss. Vi kan observere om Arnes kroppsspråk viser de samme følelsene som det han sier, hvis han for eksempel smiler med munnen, men samtidig prater med en trist stemme, kan det godt være at han prøver og skjule at han er lei seg (Eide & Eide, 2011).

Relasjonen kan ifølge Hummelvoll (2012) være betydningsfull i forhold til at Arne kan få større mot til å se sin situasjon, være nysgjerrig på muligheter og få pågangsmot til behandling. Vi tror at med god støtte vil Arne tørre å møte de tøffe utfordringene på veien, fordi han stoler på oss som sykepleiere, støttespillere og veiledere. Det er her viktig at vi gir positive tilbakemeldinger som en form for ytre motivasjon (Skårderud et al, 2010). Den tilliten vi mener oppstår mellom Arne og oss ser vi som veldig viktig. Da vi har erfart i praksis at tillit kan føre til at pasienten stoler på at informasjonen vi gir er korrekt og til hjelp for hans situasjon.

Vi har gjennom dialog med Arne fått kartlagt hans ønsker og behov i forhold til undervisning og veiledning. Sammen med Arne har vi funnet ut at han har behov for mer kunnskap i forhold til sin lidelse og eventuell medikamentell behandling. Når vi skal undervise og veilede Arne vil vi bruke dialog som metode (Tveiten, 2009). Tveiten (2009) skriver at dialog er en metode som brukes både i undervisning og veiledning.

Under dialogen med Arne er det flere faktorer som vi vil legge vekt på. For eksempel å være oppmerksom på konteksten rundt situasjonen, hvis radioen eller tv'en står på, vil vi prate med Arne om vi kan slukke den, for å få minst mulig forstyrrende elementer, dette fordi vi vet at Arne er i en begynnende manisk fase som kan føre til at han lett blir distraheret, og det blir enda viktigere med lite stimuli (Eknes, 2006). Under dialogen vil vi også se på Arne og prøve å lese hans kroppsspråk, hvis vi for eksempel har øyekontakt med han, kan vi se om han forstår det vi sier, eller om han mister konsentrasjonen og ikke lengre følger med (Eide & Eide, 2011). Manien kan også føre til redusert konsentrasjonsevne, så i tillegg er det derfor også viktig at vi ikke prater for lenge om gangen (Eknes, 2006). Vi mener også det kan være lurt å utarbeide et skriftlig dokument til Arne som han både kan følge med på under dialogen, og som han også kan lese på i etterkant (Tveiten, 2009). Vi kan også bruke dette dokumentet til å gi Arne en utfordring, for eksempel utfordre han til å lese igjennom til neste gang vi kommer. Utfordringer er nødvendige for å utvikle seg og skape livserfaringer, og dette kan



fremme SOC (Antonovsky, 2012).

Informasjonen vi gir til Arne vil vi også tilpasse hans kanskje nedsatte persepsjonsevne (Eknes, 2006). Vi vil bruke korte og enkle setninger, for eksempel bruke dagligdagse ord i stedet for fagspråk, eksempelvis si at, «når du har mye energi», i stedet for å bruke ordet mani (Hummelvoll, 2012). I dialogen vil vi også bruke våre ferdigheter om kommunikasjon for eksempel aktivlytting og bekreftende kommunikasjon. Vi kan eksempelvis speile Arne sine følelser og si, «vi ser du er irritert» eller, «vi ser at du ble litt lei deg nå». Når Arne forteller oss ting, kan vi også omformulere det han sier, og på den måten vise at vi har hørt og forstått det han har sagt. For eksempel hvis Arne sier, «jeg sover nesten ikke om natten, ikke spiser jeg noe særlig heller», kan vi si, «vi forstår det sann at du opplever noen problemer i forhold til mat og søvn» (Eide & Eide, 2011).

Antonovsky (2012) mener at begripelighet handler om hvordan en person opplever virkeligheten. Jo mer ordnet, klar og strukturert virkeligheten oppleves av personen, jo mer begripelig er den. Ved å undervise og veilede Arne gjennom dialog om lidelsen og medikamentell behandling, mener vi at hans situasjon vil bli mer begripelig for han (Tveiten, 2009). Ved at han for eksempel får bedre innsikt i sin lidelse, vil han også få en forståelse av hvilke symptomer han kan komme til å oppleve i fremtiden, situasjonen hans blir mer forutsigbar for han, og det vil hjelpe han til og føle at hans situasjon blir mer begripelig (Antonovsky, 2012).

I Antovnovsky's (2012) salutogene modell er også håndterbarhet en viktig faktor for å fremme mestring ved hjelp av SOC. Hvis vi klarer å hjelpe Arne med å se sine ressurser, og kanskje forsterke dem, kan det styrke hans evne til å møte utfordringer. Vi mener at ved for eksempel å undervise Arne om tidlige tegn på maniske episoder, vil det være en ressurs for han i fremtiden, og hans situasjon vil bli mer håndterbar for han (Antonovsky, 2012). Maktoverføringen som vi har skrevet om tidligere, kan også virke fremmende på Arnes ressurser (Tveiten, 2012). Hvis han føler at situasjonen er mer håndterbarhet, vil han ikke føle seg som et offer (Antonovsky, 2012). I praksis opplevde vi en pasient med bipolar lidelse som hadde en del negative erfaringer fra helsevesenet. Han følte seg som et offer og som en prøvekanin i forhold til medisinerer. Vi tenker her at samarbeidet mellom han og helsevesenet har vært for dårlig, og at fokuset ikke har ligget på pasientens ressurser. Situasjonene han hadde opplevd, var derfor vanskelig å begripe. Dette førte til at han ikke så

noen mening i sin situasjon og sin behandling, noe som resulterte i nedsatt motivasjon og dårligere compliance.

En viktig del av undervisning og veiledning er også å evaluere. Evaluering er nødvendig for å kvalitetssikre vårt arbeid, slik at innholdet og formen av undervisningen kan forandres hvis den ikke har hatt den ønskede effekten. Gjennom videre dialog med Arne kan vi få et inntrykk av hva han har lært og oppdaget (Tveiten, 2009). Dette kan vi for eksempel gjøre ved å be Arne gjensnfortelle, eller stille kontrollspørsmål. Hvis vi stiller kontrollspørsmål er det viktig at vi formulerer spørsmålene på en måte som viser respekt for Arne og hans likeverd (Tveiten, 2009). Vi mener at hvis vi eksempelvis spør Arne om han kan gjensnfortelle på sin egen måte, og om han mener det fortsatt er informasjon han mangler, vil det gi oss et inntrykk av om Arne har forstått det vi har undervist han om. Evalueringen kan også fortelle oss om intervensjonen har hatt ønsket effekt. Vi kan finne ut om Arne har fått et annet syn på medikamentell behandling, om han har endret mening og ønsker å starte med medikamenter igjen. Kanskje ønsker han fremdeles å ta på seg «røde dansesko»? Da kan det være at vi må forsøke en annen metode (Tveiten, 2009), eller la Arne definere veien videre hvor han kan følge med i «dansen», i sitt eget tempo.

## 6. Konklusjon

Vi har gjennom denne oppgaven prøvd og finne ut om vi som sykepleiere kan øke compliancen til pasienter med bipolar lidelse ved hjelp av Travelbee's teorier og vår pedagogiske funksjon. Ved hjelp av faglitteratur, forskning og egne erfaringer har vi gjennom drøfting kommet frem til en konklusjon som svarer på vår problemstilling.

Vi mener at Travelbee's teorier og vår pedagogiske funksjon kan hjelp oss på god vei mot og øke Arnes compliance, men at disse alene ikke er nok.

Lovverket, yrkesetiske retningslinjer og Travelbee's beskrivelse av profesjonell sykepleie, forteller oss om ansvaret vi har for å hjelpe pasienter med å forebygge sykdom, finne mening i, og mestre sin lidelse. Lovverket og retningslinjene forteller oss også hvordan vi kan etterkomme vårt ansvar på en faglig, profesjonell og etisk forsvarlig måte, noe som er viktig for å ivareta pasientens rettigheter og våre plikter.

Pasienter med bipolar lidelse har ofte dårlig compliance i forhold til medikamentell behandling. Forskningen vi har funnet til vår oppgave, viser at pasientens kunnskap om lidelsen, medikamentell behandling og dannelsen av en god og tett relasjon, har direkte innvirkning på compliancen.

Dannelsen av en god relasjon, eller det som Travelbee kaller et menneske-til-menneske-forhold hvor pasienten og sykepleieren er likestilte, mener vi er helt essensielt for å kunne start sykepleiere intervensjoner. Samtidig er det også nødvendig for å fremme empowerment og pasientens SOC. Å kartlegge pasientens læringsforutsetninger er også viktig, og kan fortelle oss blant annet om pasientens grunnlag for læring og hvilke problemer og utfordringer pasienten selv mener han har.

Ved å la pasienten definere sine egne problemer og utfordringer fører vi makten tilbake til pasienten, og styrker på den måten hans empowerment. Samtidig er det viktig å øke pasientens SOC, da en sterk følelse av SOC kan virke helsefremmende. Gjennom veiledning og undervisning kan vi ved hjelp av dialog gi pasienten økt kunnskap om bipolar lidelse og medikamentell behandling, dette mener vi kan gjøre situasjonen mer håndterbar, begripelig og meningsfull for pasienten. Samtidig kan denne kunnskapen føre til at pasientens indre motivasjon blir økt og danner grunnlaget for at pasienten blir motivert til og gjøre endringer.

Hos pasienter med psykiske lidelser kan det også være nødvendig å styrke den ytre motivasjon, det kan vi for eksempel gjøre gjennom tilbakemeldinger.

Gjennom hele prosessen ser vi også nødvendigheten av at vi har kunnskap og ferdigheter om profesjonell hjelpende kommunikasjon. Ved hjelp av aktiv lytting, verbal- og nonverbal kommunikasjon kan vi formidle interesse, skape tillit, fremme samspill, bidra til mening og danne grunnlag for motivasjon. Forskning viser også at aktiv lytting i seg selv kan virke hjelpende.

Det er også nødvendig at vi har kunnskap om lidelsen og den medikamentelle behandlingen, for å kunne tilpasse relasjonsbyggingen, ha kunnskap til og kunne veilede og undervise pasienten, men også for å kunne tilpasse kommunikasjonen med pasienten.

Vårt mål med denne oppgaven var å få mer kunnskap om hvordan vi i fremtiden kan hjelpe pasienter med det som Travelbee beskriver som profesjonell sykepleie, nemlig å fremme helse og forebygge lidelse ved å øke deres compliance i forhold til medikamentell behandling. Vi mener at vårt mål for denne oppgaven er nådd, ved at vi har fått mer kunnskap om hvordan vi kan fremme compliancen hos pasienter med bipolar lidelse. Samtidig har vi også fått mye kunnskap om hvordan vi i fremtiden kan møte og hjelpe pasienter med andre typer lidelser, ved å danne et menneske-til-menneske-forhold, styrke pasientens empowerment og SOC, samt øke pasientens motivasjon ved hjelp av profesjonell hjelpende kommunikasjon. Sist men ikke minst har vi også fått et bedre innblikk i sykepleierens pedagogiske funksjon, og fått en forståelse av hvor viktig og nødvendig den er for å etterkomme våre lovpålagte og yrkesetiske ansvar.

Vår konklusjon bygger blant annet på seks forskningsartikler vi har funnet i helsefaglige databaser. I utvelgelsen av disse har vi vært kildekritiske blant annet i forhold til hvilket år forskningen ble utført og hvor mange personer som deltok. Selv om vi har vært kildekritiske til forskningen vi har valgt å bruke, mener vi allikevel at vi kan stille et lite spørsmålstegn ved vår konklusjon, da vi mener at seks forskningsartikler kan være et lite grunnlag og konkludere ut i fra.

Samtidig vet vi også at dette er en teoretisk oppgave, og at møte og samhandling med pasienter i praksis kan være annerledes. Hvis Arne hadde vært en virkelig pasient, med et

ønske om fortsatt å «ta på seg røde danse sko» altså være manisk, er det ikke sikkert han hadde sagt seg enig i at han trengte undervisning og veiledning, slik han gjorde i vår oppgave. Vi ville i stedet måtte hjelpe han med å leve med de utfordringer manien gir. Hvis andre tillitsskapende tiltak ikke har effekt og det blir fare for liv og helse, mener vi det kunne vært aktuelt og vurdere Arne sin samtykkekompetanse.

## Litteraturliste

- \*Rosaa, A. R., Marcoa, M., Fachelb, J. M., Kapczinskic, F., Steina, A. T., & Barrosa, H. M. (2007, Januar 30). *Correlation between drug treatment adherence and lithium treatment attitudes and knowledge by bipolar patients*. Hentet fra sciencedirect.com: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.hihm.no/science/article/pii/S0278584606003265?np=y>
- \*Andreassen, O. A. (2012). Genetikk ved bipolare lidelser. I B. Haver, K. J. Ødegaard, & O. B. Fasmer (Red.), *Bipolare lidelser* (s. 77-86). Bergen: Fagbokforlaget. (s.77-86).
- \*Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (s.25-50, 82-101, 171-189).
- Askheim, O. P. (2010). Empowerment- ulike tilnærminger. I O. P. Askheim, & B. Starrin (Red.), *Empowerment: i teori og praksis* (s. 21-33). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \*Bates, J. A., Whitehead, R., Bolge, S. C., & Kim, E. (2009, August 19). *Correlates of medication adherence among patients with bipolar disorder*. Hentet fra Psychiatrist.com: [http://www.psychiatrist.com/private/pccpdf/article\\_wrapper.asp?art=2010/09m00883yel/09m00883yel.htm](http://www.psychiatrist.com/private/pccpdf/article_wrapper.asp?art=2010/09m00883yel/09m00883yel.htm)
- \*Billsborough, J., Chris, P. M., Hicks, A., Sayers, R., Smith, R., Clewett, N., . . . Larsen, J. (2014, Februar). *'Listen, empower us and take action now!': reflexive-collaborative exploration of support needs in bipolar disorder when 'going up' and 'going down'*. Hentet fra informahealthcare.com: <http://informahealthcare.com.ezproxy.hihm.no/doi/full/10.3109/09638237.2013.815331>
- \*Brataas, H. V. (2011). Pasientsentrert sykepleiepedagogisk praksis- prosess og verktøy. I H. V. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 31-50). Oslo: Gyldendal Akademisk. (31-50).
- \*Brataas, H. V. (2011). Pedagogisk grunnlagsmodell som verktøy for pasientsentrert praksis. I H. V. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 87-99). Oslo: Gyldendal Akademisk. (s.87-99).
- \*Brataas, H. V. (2011). Sykepleiens pedagogiske funksjon på ulike praksisarenaer. I H. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 18-29). Oslo: Gyldendal Akademisk. (s.18-29).
- \*Crowe, M., Wilson, L., & Inder, M. (2011, Juli). *Patients' reports of the factors influencing medication adherence in bipolar disorder – An integrative review of the literature*. Hentet fra Sciencedirect.com: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.hihm.no/science/article/pii/S0020748911001143>

- Dalland, O. (2010). *Pedagogiske utfordringer: for helse og sosialarbeidere* (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (3.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \*Doyle, L., & Keogh, B. (2008, Juni). *Reducing relapse in psychosis through medication management*. Hentet fra Proquest:  
<http://search.proquest.com.ezproxy.hihm.no/docview/217214945?accountid=42560>
- Eide, H., & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling konfliktløsning og etikk* (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \*Eknes, J. (2006). *Depresjon og mani: forståelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget. (184-223).
- \*Folkehelseinstituttet. (2013, Mars 5). *Første omfattende rapport om status for psykiske lidelser i Norge*. Hentet fra Fhi.no:  
[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_6496&Main\\_6157=6263:0:25,6336&MainContent\\_6263=6496:0:25,6348&Content\\_6496=6178:80186:25,6348:0:6562:61::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6496:0:25,6348&Content_6496=6178:80186:25,6348:0:6562:61::0:0)
- \*Folkehelseinstituttet. (2014, Januar 31). *Psykiske plager og lidelser hos voksne - faktaark med helsestatistikk*. Hentet fra Fhi.no:  
[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6263:0:25,6336&MainContent\\_6263=6464:0:25,6337&List\\_6212=6218:0:25,6338:1:0:0::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6464:0:25,6337&List_6212=6218:0:25,6338:1:0:0::0:0)
- Folkehelseloven. LOV-2011-06-24-29.(2013).
- \*Fugelli, P. (2011). *Grunnstoffet tillit*. Hentet fra Sykepleien.no:  
<http://www.sykepleien.no/forskning/innspill/673726/grunnstoffet-tillit>
- Gammersvik, Å. (2012). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik, & T. Larsen (Red), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (s. 99-116). Bergen: Fagbokforlaget.
- Håkonsen, K. M. (2011). *Innføring i psykologi* (4.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \*Haver, B. (2012). Bipolar lidelse og suicidalitet. I B. Haver, K. J. Ødegaard, & O. B. Fasmer (Red.), *Bipolare lidelser* (s. 189-208). Bergen: Fagbokforlaget. (S.189-208).
- \*Helse- og omsorgsdepartementet. (2011, 16 September). *Prop. 1 S (2011–2012): Kap. 764 Psykisk helse*. Hentet fra  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2011-2012/prop-1-s-20112012/4/6/4.html?id=658282>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. LOV-2011-06-24-30 (2013).
- \*Helsedirektoratet. (2012, November). *Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidningar*. Hentet fra Helsedirektoratet.no:

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-utgreiing-og-behandling-av-bipolare-lidingar/Publikasjoner/IS-1925.pdf>

Helsepersonelloven. LOV-1999-07-02-64.(2013).

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt* (7.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Johannesen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4.utg). Oslo: Abstrakt forlag.

\*Kupkad, R. W., Beentjesb, T. A., Goossensa, P. J., & Achterbergc, T. V. (2010, Oktober). *Recognising prodromes of manic or depressive recurrence in outpatients with bipolar disorder:*. Hentet fra Sciencedirect.com:  
<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.hihm.no/science/article/pii/S0020748910000507>

Langeland, E. (2011). Salutogene samtalegrupper: en arena for økt mestring og velvære. I A. Lerdal, & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring: et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 208-235). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mæland, J. G. (2012). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori i praksis* (3.utg). Oslo: universitetsforlaget AS.

Nordeng, H. (2010). Grunnleggende kunnskap- hva er legemidler, og hvordan brukes de? I h. Nordeng , & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (s. 23-42). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrkestiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

\*Olsen, J. A. (2012, November 13). *Ingen hører på de psykisk syke*. Hentet fra Forskning.no:  
<http://www.forskning.no/artikler/2012/november/339401>

Pasient- og brukerrettighetsloven. LOV-1999-07-02-63.(2013)

personopplysningsloven. LOV-2000-04-14-31.(2013).

Psykisk helsevernlov. LOV-1999-07-02-62.(2013).

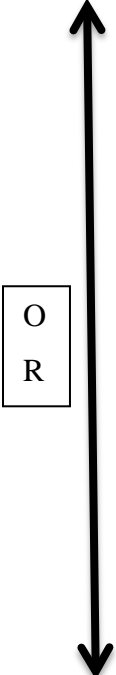
Wilhelmsen, B. U., & Holthe, A. (2011). Profesjonsidentitet i folkehelsearbeid. I N. C. Øverby, M. K. Torstveit, & R. Høigaard (Red.), *Folkehelsearbeid* (s. 23-39). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Rene, B., & Larsen, T. (2012). Helsefremming, rehabilitering og brukermedvirkning. I Å. Gammersvik, & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (s. 217-228). Bergen: Fagbokforlaget.



- Rønning, R. (2010). Brukermedvirkning og empowerment- gammel vin på nye flasker. I O. P. Askheim, & B. Starrin (Red.), *Empoerment: i teori og praksis* (s. 34-44). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \*Straussa, J. L., & Johnsonc, S. L. (2006, Desember). *Role of treatment alliance in the clinical management of bipolar disorder: Stronger alliances prospectively predict fewer manic symptoms*. Hentet fra Sciencedirect.com:  
<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.hihm.no/science/article/pii/S0165178106000138>
- Sund, E. R., & Eikemo, T. A. (2011). Sosiale ulikheter i helse. I N. C. Øverby, M. K. Torstveit, & R. Høigaard (Red.), *Folkehelsearbeid* (s. 124-144). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- \*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.(s.17-261).
- Tveiten, S. (2009). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning- sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik, & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (s. 173-191). Bergen: Fagbokforlaget.
- \*Vatne, S. (2011). Brukermedvirkning utfordrer sykepleiernes pedagogiske funksjon i psykisk helsearbeid. I H. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 123-134). Oslo: Gyldendal Akademisk.(s.123-134).
- \*Wyller, V. B. (2009). *Det syke mennesket IV: Hormonsystemet og nervesystemet bevegelsesapparatet* (2.utg). Oslo: Akrbe.(160-161)

## Vedlegg 1 PICO skjema



P	I	C	O
Bipolar lidelse	Motivasjon		Compliance
Manisk	Medikamenter		Redusere tilbakefall
Psykiske lidelser	Kommunikasjon		Tidlig varsling
Pasient	Empowerment		Motivere
Psykisk helse	Medikamentell behandling		Redusere maniske episoder
Bipolar	Psykisk sykepleie		Sykdomsinnsikt



AND

## Vedlegg 2 Søkelogg

Database	Søkeord	Begrensning	Antall treff	Motiv til ekskl.	Tittel	Dato funnet	Prevalens for vår oppgave
Cinahl	«Drug therapy» «bipolar disorder» «psychiatric nursing»  (kombinert med AND)	Ingen	7	Ikke relevant for vår oppgave, fordi den handlet om motiverende intervju, noe vi ikke skal fokusere på.	«Motivational interviewing: addressing ambivalence to improve medication adherence in patients with bipolar disorder»	27.03.14	
	Denne fant vi i referanselista i søket over.				«Correlates of medication adherence among patients with bipolar disorder».	27.03.14	Denne er relevant fordi den handler om pasienter med bipolar lidelse sin compliance i forhold til medikamentell behandling.

EbscoHost	Bipolar disorder, earlig warning  (kombinert med AND)	Cinahl fulltext	7		«Recognising prodromes of manic or depressive recurrence in outpatients with bipolar disorder: A cross-sectional study»	28.03.14	Denne er relevant fordi den forteller hva de første tegnene på maniske episoder er. Samt at undervisning og erfaring hjelper pasienten til å kjenne igjen disse tegnene.
Science direct	«Bipolar disorder» compliance	-2005-2013	134		“Role of treatment alliance in the clinical management of bipolar disorder: Stronger alliances	15.04.14	Aktuell fordi den forteller om viktigheten av en god allianse mellom pasient og sykepleier.

					prospectively predict fewer manic symptoms”		
EBSCOhost	Bipolar disorder Drug therapy Relapse  (kombinert med AND)				«Patients reports of the factors influencing medication adherence in bipolar disorder- An integrative review of the literature»	08.04.14	Denne er aktuell fordi den sier noe om pasientens oppfattelse av compliance i forhold til medikamentell behandling. Vi mener det er viktig å få frem pasientens oppfattelse.
EBSCOhost	Fant denne som anbefalt artikkel gjennom søket over	-2003-2013 -CINAHLfulltext	136		«Correlation between drug treatment adherence and lithium	08.04.14	Denne er aktuell fordi den viser at pasientens kunnskap om medikamenter og sykdom er viktig for å øke

					treatment attitudes and knowledge by bipolar patients»		pasientens compliance.
Oria	Empowerment, bipolar, manic	-fagfelleverdert -2010-2014	54		«Listen, empower us and take action now!': reflexive-collaborative exploration of support needs in bipolar disorder when 'going up' and 'going down'»		Forskningen viser at støttebehov ved mani og depresjon er forskjellig. Aktiv lytting, engasjement, tilrettelegging og empowerment er viktige elementer.